

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I (Personalidad,  
Evaluación y Psicología Clínica)**



**TESIS DOCTORAL**

**Detección de simulación de trastorno mental: un estudio de análogos  
en población militar española mediante los inventarios PAI, MMPI-  
2RF y SIMS**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Mónica García Silgo**

Directores

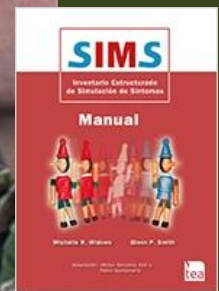
**José Manuel Andreu Rodríguez  
María Elena de la Peña Fernández**

**Madrid, 2016**

**Tesis doctoral**

**2015**

# **DETECCIÓN DE SIMULACIÓN DE TRASTORNO MENTAL: UN ESTUDIO DE ANÁLOGOS EN POBLACIÓN MILITAR ESPAÑOLA MEDIANTE LOS INVENTARIOS PAI, MMPI-2-RF Y SIMS**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID

**Mónica García Silgo**

Directores:

Dr. José Manuel Andreu Rodríguez

Dra. María Elena de la Peña Fernández



# **UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I  
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



## **TESIS DOCTORAL**

**Detección de simulación de trastorno mental: Un estudio de análogos en población militar española mediante los inventarios PAI, MMPI-2-RF y SIMS.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Mónica García Silgo**

Directores

José Manuel Andreu Rodríguez  
María Elena de la Peña Fernández

**Madrid, 2015**



*A los soldados de todos los tiempos  
que bajo las heridas invisibles de la guerra,  
fueron confundidos con desleales y cobardes simuladores,  
acabando por ello condenados al rechazo,  
el estigma o la ejecución.*



*Si la solución que se propone para el sufrimiento individual y social  
elude las causas del conflicto individual y social,  
no es probable que funcione durante mucho tiempo.*

Damasio (1996, p. 244)





## **Agradecimientos**

Al Tercio Don Juan de Austria III de la Legión y al Tercio Alejandro Farnesio IV de la Legión. Por su apoyo y su fiel compromiso con la moral de su gente. Esta investigación no se habría podido realizar sin su ayuda.

A los soldados, hombres y mujeres, que me confiaron sus problemas personales. Ellos me enseñaron la complejidad que puede encerrar la simulación de trastorno mental en los ejércitos y la relación tan estrecha que hay entre los problemas psicológicos y el estigma. Por ellos decidí hacer esta tesis.

A mis compañeros de la Inspección General de Sanidad de la Defensa actuales y a los que pasaron por aquí, en especial a Francisco Martín Sierra, Antonio Rodríguez Buelta, Mariano Villegas y Pilar Bardera.

A José Luis Graña y su equipo, en especial a mis tutores, José Manuel y Ma<sup>a</sup> Elena y a Natalia Redondo por hacerme fácil lo difícil.

A mi familia, los que me han acompañado en lo bueno y en lo malo.



# Índice

Resumen

XXI

Abstract

XXVII

## PARTE PRIMERA Fundamentos teóricos

### Capítulo 1. Introducción al concepto de simulación de Enfermedad

3

1.1. Conceptualización del término simulación

5

1.1.1. Definición del término simulación

5

1.1.2. Terminología relacionada con la simulación

6

1.2. Tipos de simulación

7

1.2.1. Antecedentes en las tipologías de la simulación

7

1.2.2. Actualidad en las tipologías de simulación

9

1.3. Los mitos de la simulación

14

1.4. Prevalencia de la simulación en diferentes contextos

19

1.5. Diagnóstico psicopatológico y simulación

26

1.5.1. Tipos de aciertos y errores en el diagnóstico

psicopatológico y de simulación

26

1.5.2. Primeros manuales de clasificación de la simulación

28

1.5.3. Manuales de diagnóstico psiquiátrico y criterios de

simulación

31

1.6. Críticas a los criterios de simulación propuestos por los  
principales manuales de diagnóstico psiquiátrico

33

1.6.1. La simulación como constructo dimensional versus  
categorial

34

1.6.2. Clasificación confusa de la simulación en la CIE-10

35

1.6.3. Patrón variable de simulación en distintos contextos	35
1.6.4. Fomento de apreciaciones subjetivas del profesional evaluador	36
1.6.5. La simulación no se asocia a un patrón estable de personalidad	37
1.6.6. La simulación no se relaciona con la evitación del riesgo	38
1.6.7. La omisión a la disimulación de trastorno mental	40
1.6.8. Fomento de prejuicios y estereotipos hacia los contextos militares	41
1.6.9. La simulación del Prisionero de Guerra según el Derecho de los Conflictos Armados y el III Convenio de Ginebra	46
1.6.10. Conflicto de rol en el origen del modelo criminológico de simulación	48
1.7. Conclusiones extraídas de las críticas al DSM y a la CIE y propuestas alternativas	49
1.8. Consideraciones finales	52
<b>Capítulo 2. Simulación de enfermedad en los ejércitos</b>	<b>55</b>
2.1. Historia, milicia y simulación	57
2.2. Historia de la simulación de trastorno mental en militares en la comunidad científica	63
2.3. Reflexión sobre la prevalencia de simulación en los ejércitos ofrecida por la historia	67
2.4. Patrones distorsionados de enfermedad y contextos militares	70
2.4.1. Las Reales Ordenanzas para las Fuerzas Armadas como marco de actuación del militar	70
2.4.2. La simulación de enfermedad como delito en el Código Penal Militar	71
2.4.3. El estigma asociado a los trastornos mentales y a la simulación de trastorno mental en los ejércitos	76
2.4.4. La disimulación de enfermedad en los ejércitos y el estigma	80

2.4.5. Trastorno de Estrés Postraumático, simulación y contextos militares	82
2.5. Otras utilidades de la simulación en tiempos de guerra:	
La contrapropaganda bélica	86
2.6. Evaluaciones psicofísicas en las Fuerzas Armadas Españolas	89
2.6.1. Reseña sobre la psicología militar española en las evaluaciones forenses	89
2.6.2. Situación actual de las evaluaciones psicofísicas	90
2.7. Estrategias nacionales de defensa y simulación	94
2.8. Consideraciones finales	96
<b>Capítulo 3. Modelos de simulación</b>	<b>99</b>
3.1. Modelos psicológicos de simulación	101
3.2. Avances en los modelos de simulación desde la metodología idiográfica	104
3.3. Principales problemas del modelo psicológico de simulación	105
3.4. Principales problemas del modelo idiográfico de simulación	109
3.5. ¿Necesita la simulación un modelo nomotético?	113
3.6. Aproximación a una nueva visión de la simulación	115
3.7. Aproximación al estudio de la simulación desde un modelo nomotético	118
3.8. El marco del modelo nomotético: La visión macrosocial de la simulación	123
3.9. Aplicación del modelo nomotético de simulación al ámbito militar	125
<b>Capítulo 4. La detección de simulación de trastorno mental basada en la evidencia empírica</b>	<b>129</b>
4.1. Las prácticas basadas en la evidencia en la detección de simulación de trastorno mental	131
4.2. Evolución de la simulación en contextos civiles y militares en la comunidad científica	132
4.3. Metodología de investigación en detección de simulación de trastorno mental	136
4.3.1. Diseños experimentales	136

4.3.2. Tipos de muestras	139
4.3.3. Estrategias de detección de simulación	141
4.3.4. Análisis de datos estadísticos	142
4.4. Instrumentos clínicos de evaluación y detección de simulación de trastorno mental	143
4.4.1. Detección de simulación con inventarios clínicos	143
4.4.1.1. El <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>	143
4.4.1.2. El <i>Personality Assessment Inventory</i>	149
4.4.1.3. El <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>	151
4.4.1.4. El <i>Trauma Symptom Inventory</i>	152
4.4.2. Detección de simulación con pruebas proyectivas	153
4.4.3. Instrumentos específicos de detección de simulación de psicopatología	153
4.5. Investigaciones de detección de simulación de trastorno mental –sin daño orgánico- en muestras militares	158
4.6. Criterios para basar las evaluaciones psicológicas de la simulación en la evidencia demostrada	164

## **PARTE SEGUNDA**

### **Investigación empírica**

#### **DETECCIÓN DE SIMULACIÓN EN UNA MUESTRA MILITAR MEDIANTE LAS PRUEBAS PSICODIAGNÓSTICAS MMPI-2-RF, PAI Y SIMS.**

<b>Capítulo 5. Método</b>	<b>173</b>
5.1. Planteamiento general	175
5.2. Objetivos de la investigación	175
5.2.1. Objetivos generales	176
5.2.2. Objetivos específicos	177
5.3. Hipótesis	178
5.3.1. Hipótesis sobre el SIMS	178
5.3.2. Hipótesis sobre el PAI	180
5.3.3. Hipótesis sobre el MMPI-2-RF	181

5.4. Participantes	183
5.5. Diseño	186
5.6. Procedimiento	188
5.7. Instrumentos de medida	190
5.7.1. SIMS	191
5.7.2. PAI	192
5.7.3. MMPI-2-RF	194
5.8. Análisis estadísticos	197
<b>Capítulo 6. Resultados</b>	<b>199</b>
6.1. Equivalencias y diferencias sociodemográficas y descriptivas entre las condiciones experimentales	201
6.2. Utilidad diagnóstica del SIMS en la detección de simulación de psicopatología	203
6.3. Utilidad del PAI en la detección de simulación de psicopatología	205
6.3.1. Utilidad de las escalas de validez y las escalas específicas de exageración de síntomas del PAI en la detección de simulación de psicopatología	205
6.3.2. Utilidad de las escalas clínicas del PAI en la detección de simulación de psicopatología	207
6.3.3. Utilidad de las escalas relacionadas con el tratamiento e interpersonales del PAI en la detección de simulación de psicopatología	209
6.3.4. Utilidad de las subescalas del PAI en la detección de simulación de psicopatología	210
6.4. Utilidad del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología	215
6.4.1. Utilidad de las escalas de validez y las escalas específicas de detección de simulación y disimulación del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología	215
6.4.2. Utilidad de las escalas globales del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología	217



6.4.3. Utilidad de las escalas clínicas reestructuradas del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología	218
6.4.4. Utilidad de las escalas de problemas específicos (Somáticos/ Cognitivos) del MMPI-2-RF en la detección de Simulación de psicopatología	220
6.4.5. Utilidad de las escalas de problemas específicos (Internalización) del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología	222
6.4.6. Utilidad de las escalas de problemas específicos (Externalización e Interpersonales) del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología	224
6.4.7. Utilidad de las escalas de Intereses y Personalidad Patológica del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología	226
<b>Capítulo 7. Discusión y conclusiones</b>	<b>229</b>
7.1. Comentario general	231
7.2. Comentarios al estudio sobre el SIMS	232
7.3. Comentarios al estudio sobre el PAI	235
7.4. Comentarios al estudio sobre el MMPI-2-RF	238
7.5. Discusión	243
7.6. Conclusiones	247
7.6.1. Conclusiones generales de la tesis	247
7.6.2. Conclusiones del estudio empírico	248
7.7. Perspectivas futuras	249
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>255</b>
<b>Normativa citada</b>	<b>309</b>
<b>Anexos</b>	<b>315</b>

## ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

### Tablas

<b>Tabla 1.1.</b> Clasificación de enfermedades simuladas según Boisseau (1870; citado por Vallejo Nájera, 1939) y Gisbert (1998)	9
<b>Tabla 1.2.</b> Clasificación de patrones de enfermedad distorsionados (Adaptado de Boisseau, 1870; Gisbert, 1998)	11
<b>Tabla 1.3.</b> Prevalencia de la simulación en distintos contextos civiles	21
<b>Tabla 1.4.</b> Prevalencia de la simulación por patología simulada	23
<b>Tabla 1.5.</b> Prevalencia de la simulación en distintos contextos militares	25
<b>Tabla 1.6.</b> Criterios diagnósticos de simulación según DSM y CIE	33
<b>Tabla 3.1.</b> Modelos de simulación según los fines (Adaptado de González Ordi, Santamaría y Capilla, 2012)	103
<b>Tabla 5.1.</b> Predicción de puntuaciones directas obtenidas en cada escala del SIMS en función de las condiciones experimentales	179
<b>Tabla 5.2.</b> Descripción socio-demográfica de la muestra	186
<b>Tabla 5.3.</b> Descripción de participantes en cada condición experimental	187
<b>Tabla 5.4.</b> Descripción de participantes en cada condición experimental según unidad de procedencia	189
<b>Tabla 5.5.</b> Resumen de fiabilidad del MMPI-2-RF (adaptado de Santamaría, 2009)	197
<b>Tabla 6.1.</b> Distribución de variables sociodemográficas en función del grupo de pertenencia	202
<b>Tabla 6.2.</b> Medias de los grupos de participantes en el SIMS y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	204
<b>Tabla 6.3.</b> Medias de los grupos de participantes en las escalas de validez y en las escalas específicas de exageración de síntomas del PAI y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	206

<b>Tabla 6.4.</b> Medias de los grupos de participantes en las escalas Clínicas del PAI y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	208
<b>Tabla 6.5.</b> Medias de los grupos de participantes en las escalas relacionadas con el tratamiento e interpersonales del PAI y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	210
<b>Tabla 6.6.</b> Medias de los grupos de participantes en las subescalas del PAI y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	212
<b>Tabla 6.7.</b> Medias de los grupos de participantes en las escalas de validez y específicas de detección de simulación y disimulación del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	216
<b>Tabla 6.8.</b> Medias de los grupos de participantes en las escalas globales del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	217
<b>Tabla 6.9.</b> Medias de los grupos de participantes en las escalas clínicas reestructuradas del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	219
<b>Tabla 6.10.</b> Medias de los grupos de participantes en las escalas de problemas específicos (Somáticos/ Cognitivos) del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	221
<b>Tabla 6.11.</b> Medias de los grupos de participantes en las escalas de problemas específicos (Internalización) del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	223
<b>Tabla 6.12.</b> Medias de los grupos de participantes en las escalas de problemas específicos (Externalización e Interpersonales) del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	225
<b>Tabla 6.13.</b> Medias de los grupos de participantes en las escalas de Intereses y Personalidad patológica del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	227

## Figuras

<b>Figura 3.1.</b> Modelo explicativo de simulación (Rogers, 1990b, 1997 y 2008a; Rogers, Sewell y Goldstein, 1994; Rogers et al., 1998; Rogers y Bender, 2003; Rogers y Neumann, 2003; Rogers, Sewell y Gillard, 2010; González Ordi, Santamaría y Capilla, 2012)	102
<b>Figura 3.2.</b> Modelo adaptativo de la simulación como estilo de respuesta ante la enfermedad basado en la estructura del Análisis Funcional de la Conducta (Adaptado de González Ordi, Santamaría y Capilla, 2012)	105
<b>Figura 3.3.</b> Modelo adaptativo de simulación elaborado a partir de la descripción de González Ordi, Santamaría y Capilla (2012)	110
<b>Figura 3.4.</b> Propuesta de modelo de las respuestas Manipuladoras y honestas de la salud y enfermedad en organizaciones militares	119
<b>Figura 3.5.</b> Adaptación del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1976, 1977a, 1977b, 1979, 1986, 1992, 1999) al modelo macrosocial de la simulación	125
<b>Figura 4.1.</b> Representación de la simulación en la comunidad científica (fuente: PsycINFO, 08/05/2015)	135

## Gráficos

<b>Gráfico 5.1.</b> Porcentaje de participantes en función del sexo	184
<b>Gráfico 5.2.</b> Porcentaje de participantes en función del estado Civil	184
<b>Gráfico 5.3.</b> Porcentaje de participantes en función del nivel de estudios	185
<b>Gráfico 7.1.</b> Comparación entre puntuaciones medias de cada condición experimental en las escalas del SIMS	233
<b>Gráfico 7.2.</b> Comparación entre puntuaciones medias de cada condición experimental en las escalas del SIMS y la muestra clínica -honesta y sospechosa de simular- del estudio de Blasco y Pallardó (2013)	234
<b>Gráfico 7.3.</b> Resumen de <i>d de Cohen</i> entre los grupos de la presente investigación y los grupos de Blasco y Pallardó (2013)	235
<b>Gráfico 7.4.</b> Comparación entre puntuaciones medias de cada condición experimental en las escalas de mala imagen y en la escala de buena imagen del PAI	237
<b>Gráfico 7.5.</b> Comparación entre puntuaciones medias de cada condición experimental en las escalas de mala imagen y buena imagen del MMPI-2-RF	239
<b>Gráfico 7.6.</b> Resumen de <i>d de Cohen</i> entre los grupos de la presente investigación y los grupos en contextos reales de Blasco y Pallardó (2013)* y Goodwin et al. (2013)** en el MMPI-2-RF	241

## Resumen

La simulación de enfermedad ha estado siempre asociada a la evitación de deberes militares. Tanto es así, que la etimología de la palabra *malingering* (simulación en inglés) proviene de la vida militar. De hecho, los principales manuales de diagnóstico psiquiátrico todavía mantienen los contextos militares como indicio para sospechar simulación. Además, esta forma de evitar obligaciones públicas se concebía como un intento de desertión y, en consecuencia, se identificaba con la cobardía y la deslealtad. Los Códigos de Justicia Militar de diferentes países así lo han contemplado y, en consecuencia, condenado.

Debido a que la mayoría de los problemas psicológicos carecen de sustrato biológico, esta área de la salud ha estado inmersa en la subjetividad, favoreciendo que se relacionara, más que otras, con la sospecha de perfiles psicológicos deshonestos. En este contexto de arbitrariedad, los problemas mentales en población militar han sufrido un doble estigma. Por una parte, la fortaleza guerrera era incompatible con este tipo de problemas, convirtiéndolos en signo de debilidad. Mientras que, por otra, cualquier intento de evitación del servicio militar (como podían ser los problemas psicológicos aparentemente simulados) se asimilaba a un acto desleal. Por lo tanto, los soldados con problemas psicológicos -reales o simulados- eran estigmatizados, bien por debilidad, bien por cobardía o deslealtad.

Así, ante las necesidades públicas de Defensa Territorial y/o Nacional, cristalizadas en una estricta cadena de mando cuyos objetivos eran incompatibles con la debilidad mental y la cobardía, la percepción de los problemas psicológicos partía de una visión intuitiva, cargada de connotaciones carentes de empatía y afianzada en este doble estigma. El problema para la sanidad militar –o los expertos de cada momento histórico- era determinar la veracidad de los cuadros psicopatológicos de los soldados, pero sin pruebas objetivas en las que basarse y bajo la presión de la cadena de mando.

Como consecuencia de esta visión estereotipada y de la ausencia de criterios empíricos en los que basar las evaluaciones psicológicas, miles de soldados fueron estigmatizados e incluso, ejecutados, a lo largo de la

historia, ante la simple sospecha de que pudieran estar simulando un problema mental. Afortunadamente para los militares, la cadena de mando, la sanidad militar y la industria forense (jueces, abogados, peritos), las clasificaciones psicológicas actuales se apoyan en pruebas objetivas. Sin embargo, el doble estigma asociado a los problemas psicológicos en contextos militares permanece.

Aunque los estudios de prevalencia de simulación en los ejércitos indican que este contexto no es, ni ha sido, más proclive que otros para el desarrollo de simulación de trastorno mental, este criterio de sospecha no se ha cuestionado. Es más, los propios manuales de referencia para los profesionales de la salud mental lo siguen fomentando. Esta tesis, reflexiona sobre ello, demostrando que dicho criterio es un estereotipo fruto del propio pasado bélico intrínseco a la historia de la humanidad, del doble estigma asociado a los problemas mentales en la cultura militar, del conflicto de rol bajo el que decidían los expertos del momento, de haber basado los diagnósticos psicopatológicos en el ojo clínico exclusivamente, de haber excluido la perspectiva psicosocial de la comprensión de los problemas mentales y de haber incluido los problemas humanos en la categoría de enfermedad física.

La detección de simulación de trastorno mental es, desde finales del siglo XX, una práctica basada en la evidencia empírica consolidada. Aunque este avance es muy reciente, la literatura científica es prolífica en la demostración de la detección de patrones psicológicos distorsionados mediante instrumentos de medida contruidos con una metodología precisa. Debido a las demandas asociadas a la profesión militar, este contexto no es ajeno a dicha mejora tecnológica, implementándola en las evaluaciones psicofísicas. Así, se emplea tanto en fases de reclutamiento, como en las previas al despliegue o en los reconocimientos psicofísicos ordinarios o extraordinarios.

Aunque esta tecnología ha contrastado su fiabilidad y validez en muestras civiles y militares en diversos contextos y países, en España sólo se ha puesto a prueba en muestras militares una vez, reportando buenos resultados. Dada la relevancia que tienen las evaluaciones psicológicas en el

personal militar, parecía necesario replicar los resultados de éste único estudio, ampliar el tamaño de la muestra, emplear un diseño experimental más complejo e incluir más instrumentos de medida de distorsión de imagen. Por ello, surgió el estudio metodológico de esta tesis.

La presente tesis se compone de una primera parte teórica, compuesta por cuatro capítulos y una segunda parte metodológica, con tres capítulos, en la que se realiza el estudio empírico. El primer capítulo es una introducción a la simulación. Aquí se define el término y los tipos de simulación descritos por los diferentes autores a lo largo de la historia. También se señalan los, no pocos, mitos que se han establecido en torno al concepto de simulación, algunos de estos fomentados todavía por los propios manuales de referencia y, otros, por estudios meramente descriptivos que, con la intención de crear prototipos para ayudar en la toma de decisiones, podrían estar promoviendo estereotipos. La prevalencia de simulación es tratada a continuación, con especial énfasis en los contextos militares del siglo XX y XXI. Después de describir como se hicieron los primeros manuales de diagnóstico de simulación, se detallan los criterios de clasificación de simulación expuestos por los manuales actuales de referencia para los profesionales de la salud mental. A continuación, se reflexiona sobre la falta de evidencias empíricas en los criterios de sospecha de simulación propuestos por dichos manuales, sobre los estereotipos que fomentan y las omisiones que cometen. Cierra el capítulo una propuesta de mejora.

El capítulo segundo, se centra en la simulación en contextos militares, remontándose a la primera descripción de simulación de locura en una guerra, la de Troya, narrada por primera vez entre los siglos IX y VII a.c. Después se describe el curso que ha tenido la simulación en militares desde el punto de vista de la comunidad científica comenzando, los primeros textos, a mediados del siglo XIX. En cuanto a la prevalencia de simulación en militares, se detecta cierta incongruencia entre la visión mantenida por la historia y la presente en los textos científicos, hecho que podría explicarse por la hipótesis del pasado bélico intrínseco a la historia de la humanidad hasta los períodos denominados "larga paz" y "nueva paz". A continuación, se detalla la regulación normativa aplicable a la simulación en los ejércitos. También se menciona que los problemas mentales en los militares están



asociados a un doble estigma, el del rechazo por presentar debilidad y el del rechazo por percibirlos como simuladores y, por tanto, como cobardes y desleales a la Nación. Este doble estigma, no solo repercute en que levanta barreras en el acceso a la ayuda adecuada en el momento preciso o en la propia "injusticia" que conlleva ser humillado por no adaptarse al contexto, sino que también fomenta la disimulación de psicopatología para evitar el rechazo y la humillación. Esta disimulación puede traer graves consecuencias para los militares, los civiles, incluso para la Seguridad Nacional o las estrategias diplomáticas.

Debido a la propia razón de ser de la profesión militar, uno de los trastornos mentales más argumentado en las solicitudes de prestación por discapacidad es el trastorno de estrés postraumático, por ello, no podía faltar un apartado en este capítulo, que hiciera referencia al mismo. Otra cuestión que no podía dejar de mencionarse, es que la inteligencia de algunos países en guerra ha empleado la simulación como estrategia para desmoralizar y causar bajas en el enemigo, situándose esta táctica en el campo de la contra-propaganda o propaganda negra. El capítulo acaba explicando las evaluaciones psicológicas en las Fuerzas Armadas que es dónde, de haber simulación, se detectará.

El capítulo tercero se adentra en los modelos que explican la simulación. Primero se exponen los modelos que han sido más aceptados y, después se mencionan los nuevos avances y mejoras. A continuación, se describen los problemas que conllevan estos modelos, principalmente, por mantener la visión clínica e individualista de los problemas psicológicos e incluir los problemas humanos en la categoría de enfermedad física. El capítulo acaba proponiendo un modelo para comprender y explicar la simulación de trastorno mental, implicando factores no médicos e introduciendo variables psicosociales, desde una visión psicosocial y macrosocial y con una metodología multinivel.

El cuarto capítulo trata la detección de simulación de trastorno mental desde el punto de vista empírico, refiriendo la evolución que ha tenido en la comunidad científica, la metodología y los diseños experimentales propios de la investigación en esta área, los instrumentos de medida que se emplean

para detectar simulación, las principales investigaciones realizadas en contextos militares y, finalmente, los principales criterios empíricos en los que se debe basar la detección de simulación de trastorno mental.

La parte empírica comienza en el capítulo quinto, en el que se describe el método. Las pruebas psicodiagnósticas que acumulan más evidencias a su favor en la comunidad científica y tienen más aceptación en el ámbito forense son el *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991, 2007) y el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Hathaway y Mckinley, 1942; Butcher et al., 1989; Ben-Porath y Tellegen, 2008). Otra prueba empleada como complemento en las evaluaciones y específica de detección de simulación, con evidencias empíricas demostradas en el ámbito forense es el *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith y Burger, 1997; Widows y Smith, 2005). El objetivo de este estudio fue comprobar la capacidad de clasificar correctamente a una muestra de militares españoles (N=342) -no expertos en psicopatología ni en índices de detección de simulación- mediante las versiones adaptadas a población española del PAI (Ortiz-Tallo et al., 2011), del MMPI-2-RF (Santamaría, 2009) y del SIMS (González Ordi y Santamaría, 2009). Para ello se empleó un diseño de análogos compuesto por un grupo control (n=95), un grupo análogo de psicopatología general (n=70), un grupo análogo de depresión (n=90) y un grupo análogo de ansiedad (n=87).

Los resultados, descritos en el capítulo 6, muestran que, todas las escalas del PAI y del MMPI-2-RF de los tres grupos de análogos obtienen puntuaciones significativamente superiores al grupo control, salvo las que miden patrones de buena imagen, en donde estos tres grupos quedan significativamente por debajo del grupo control. Además, todas las escalas de detección de simulación de las tres pruebas diferencian significativamente entre el grupo control y los grupos de análogos. También hubo diferencias significativas entre los grupos de análogos en el resto de las escalas. En línea con Clegg, Fremouw y Mogge (2009) y Blasco y Pallardó (2013), las escalas del SIMS, Af ( $F_{(3,336)} = 162,02, p < ,001$ ) seguida de la escala Total ( $F_{(3,336)} = 112,09, p < ,001$ ), fueron las que obtuvieron mayores tamaños del efecto (0,59 y 0,50 respectivamente) medidas con *Eta cuadrado parcial*. Además, Af obtuvo tamaños del efecto muy grandes ( $d = 3.79 - 4.42$ ) así como Total ( $ds$

= 2.37 – 6.31). Las escalas de detección del PAI obtuvieron tamaños del efecto muy grandes ( $ds = 1.41- 5.65$ ). En concreto, IMN ( $F_{(3,336)} = 134,44$ ,  $p < ,001$ ), SIM ( $F_{(3,336)} = 82,97$ ,  $p < ,001$ ) y FDR ( $F_{(3,336)} = 69,25$ ,  $p < ,001$ ), obtuvieron grandes tamaños del efecto con *Eta cuadrado parcial* (0,55; 0,43 y 0,38 respectivamente), confirmando los resultados de otros autores (Liljequist, 1997; Liljequist, Kinder y Schinka, 1998; Calhoun et al., 2000; Kucharski, Toomey, Fila y Duncan, 2007; Kucharski y Duncan, 2007; Silgo y Robles, 2010). Por último, las escalas del MMPI-2-RF, F-r ( $F_{(3,336)} = 163,82$ ,  $p < ,001$ ), Fs ( $F_{(3,336)} = 122,79$ ,  $p < ,001$ ), FBS-r ( $F_{(3,336)} = 115,14$ ,  $p < ,001$ ) y Fp-r ( $F_{(3,336)} = 100,60$ ,  $p < ,001$ ) obtuvieron tamaños del efecto muy grandes ( $ds = 2.62 - 4.02$ ) (respectivamente con *Eta cuadrado parcial* = 0,59; 0,52; 0,51 y 0,47) en línea con lo señalado por otros autores (p.ej. Goodwin, Sellbom y Arbisi, 2013; Blasco y Pallardó, 2013).

En la discusión, tratada en el capítulo 7, se destaca y se discute porqué el grupo análogo de depresión fue el que más exageró según los índices de detección de simulación, las propias escalas clínicas e incluso las escalas de disimulación. También se comparan los resultados obtenidos en esta investigación con estudios similares, como el Goodwin, Sellbom y Arbisi (2013) y Blasco y Pallardó (2013). Las conclusiones del estudio se elaboran en dos apartados. En el primero, se extraen las conclusiones de la parte teórica de la tesis y, en el segundo, de la parte empírica. La conclusión más relevante es que los instrumentos de medida SIMS, PAI y MMPI-2-RF discriminan entre sujetos honestos y sujetos simuladores.

Se cierra el capítulo 7 con algunas perspectivas futuras, unas encaminadas a completar los análisis estadísticos no realizados en este estudio y otras relacionadas con las distintas propuestas de continuidad a esta investigación. Además, se invita a que el modelo de simulación planteado en el capítulo 3 se ponga a prueba. Investigar el doble estigma en población militar sería productivo y redundaría en la tendencia marcada por los países aliados. Finalmente, se plantea la necesidad de crear un protocolo de evaluación psicológica basado en la evidencia empírica para el ámbito pericial en las Fuerzas Armadas.

## **Abstract**

Malingering has always been associated with avoidance of military duties. So much so, that malingering etymology comes from military life. Indeed, major psychiatric diagnostic manual still maintain military contexts to suspect malingering. Moreover, this way of avoiding public duties was (and is) conceived as an attempted defection and, therefore, identified with cowardice and disloyalty. So Military Justice Codes condemn it.

Because most of psychological problems have a lack of biological substrate, this area of health has been immersed in subjectivity, encouraging stigma and the view of suspicion in mental problems, like if all of them were faked. In this context of arbitrariness, mental problems in military populations have suffered a double stigma. On the one hand, the warrior strength was incompatible with such problems, making them a sign of weakness. While on the other, any attempt to avoidance of military service (as could be psychological problems seemingly faked) became an unfair act. Therefore, soldiers with psychological problems -real or exaggerated- were stigmatized, either by weakness or by cowardice or disloyalty.

Thus, the public needs of territorial or national defense -crystallized in a strict chain of command whose objectives were incompatible with mental weakness and nether cowardice- begun in an intuitive vision of psychological problems, lack of empathy and full of connotations entrenched in this double stigma. The problem for the military health experts was to determine the veracity of the psychopathology of soldiers, but without evidence based criteria and under the pressure from the chain of command.

As a consequence of this stereotyped view and the absence of empirical criteria to base on psychological assessments, thousands of soldiers have been stigmatized, and even executed, throughout history. Fortunately for the military chain of command, military health and forensic industry (judges, lawyers, experts), current psychological classifications are now supported by evidenced based. However, the double stigma associated with psychological problems in military contexts remains.

Although prevalence studies indicate that military context is not, nor has been, more likely than others to develop malingering of mental disorder, this criterion has not been removed. Moreover, manuals for mental health professionals still encouraging. This thesis reflects on this, showing that this criterion is fruit of the stereotype intrinsic to the wartime history past, the dual stigma associated with mental health problems in military culture, the role conflict under which military health experts decided in the past, the lack of evidence based practice in mental health professionals, the absence of psychosocial perspective in understanding how mental problems take place and, finally, fruit of giving to psychosocial problems –or human problems- a physical illness status.

Since the late twentieth century malingering detection is an evidence based practice for psychologists. Although this development is recent, scientific literature is prolific in demonstrating that detection of psychological patterns faked can be measured with instruments built with a precise methodology. Due to demands associated to military profession, this context is no strange to this technological improvement, implementing it in a variety of psychophysical assessments. Thus, in recruitment phases is used to detect both positive and negative impression, while in regular or special psychophysical assessments, the objective is also to reveal hidden patterns.

Although this technology has proven its reliability and validity in civil and military studies in different contexts and countries, in Spain, had only been tested in military samples once, reporting good results. Given the relevance of psychological assessments in the military, it seemed necessary to replicate the results of this single study, to expand the sample size, to use a more complex experimental design and to measure instruments including more distortion scales. Therefore, the methodological study of this thesis emerged.

This thesis consists of a theoretical part (four chapters) and a second methodological part (three chapters), in which empirical studies are conducted. First chapter is an introduction to malingering. Here, different authors throughout history describe the term malingering and its types. It also identifies the not few myths that have been established around the

concept of malingering, some of these still encouraged by reference manuals for health professionals themselves and some others just from purely descriptive studies with the intention to make prototypes to help decision making. But instead of making prototypes to help, sometimes are promoting stereotypes. The prevalence of malingering is then treated with special emphasis on the military contexts, especially in XX and XXI centuries. After describing how first malingering diagnostic manuals were made, malingering criteria by current reference manuals for mental health professionals are presented. Then, this work reflects about the lack of empirical evidence for malingering suspicion proposed by these manuals, about stereotypes that these manuals encourage and about the omissions that committed. Chapter closes a proposal for improvement.

Second chapter focuses on malingering in military contexts, dating back to the first description of madness malingering in the Trojan War, told for the first time between the IX and VII century BC. Then, the course that military malingering has had in scientific community is described, starting first texts in mid-nineteenth century. About prevalence of malingering in the military, there is a certain incongruity between the view the history has done and what scientific literature has written. This fact could be explained by the hypothesis of the intrinsic wartime history view that has been until the periods referred as "long peace" and "new peace". Then, the body of legislation of malingering in the military is detailed. It is also mentioned that mental problems in the military are associated with a double stigma, which means that a soldier with psychological problems could be reject because of weakness but also because of a suspicions of cowardice and disloyalty (that is to say malingering). This double stigma not only affects raising barriers to access to the right help at the right time, but also creates an unfear feeling of being rejected just because it's hard to get into military life. This double stigma also promotes fake good behaviors, which could have serious consequences for the units, civilians, even for National Security or diplomatic strategies.

Due to the very *raison d'être* of the military profession, one of the most argued mental disorders in applications for disability is PTSD, so there is a section in this chapter treating PTSD and malingering in the military.

Another issue that could not fail to mention is that intelligence of some countries at war times, have used malingering as a strategy to demoralize and inflict casualties to the enemy, placing this tactic in the field of counter-propaganda or black propaganda. The chapter ends explaining how are psychological assessments in the Spanish Armed Forces.

Third chapter explores different models of malingering. First, the models that have been accepted and then new developments and improvements are mentioned. The problem associated with these actual models, is that they only have a medical point of view and are far of psychosocial problems, so includes human problems in the category of physical illness. The chapter ends by proposing a model to understand malingering from a psychosocial and multilevel view.

Fourth chapter deals with an empirical view of detection of malingering in mental disorders, referring to the developments that have been made in scientific community, the methodology and experimental research designs in this area, the instruments used to detect malingering, and finally the main empirical criteria on which to base malingering detection for mental disorders.

Empirical part starts in fifth chapter, in which the method is described. Psychodiagnostic tests that have accumulated the main positive evidence in scientific community and have been more acceptance in forensic field are the *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991, 2007) and the *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Hathaway & McKinley, 1942; Butcher et al., 1989; Ben-Porath & Tellegen, 2008). Another test used for specific screening of malingering is the *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS, Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005). In the current study, the aim is to examine the utility of overreporting validity scales of the Spanish version of the PAI (Ortiz-Tallo et al., 2011), the MMPI-2-RF (Santamaría, 2009) and the SIMS (González Ordi & Santamaría, 2009) in detecting feigned psychopathology symptoms in a sample of Spanish soldiers (N = 342) -not experts in psychopathology, nether validity scales-. Analogue simulation design was used comprising a control group (n = 95), an

analogue group of general psychopathology ( $n = 70$ ), an analogue depression group ( $n = 90$ ) and an analogue group of anxiety ( $n = 87$ ).

Results, described in Chapter 6, show that all of the PAI and MMPI-2-RF scales of the three analogue groups obtained significantly higher scores than the control group, except those measuring good image patterns where the analogue groups were significantly lower than the control group. Furthermore, all faking bad scales of the PAI and the MMPI-2-RF significantly differ between control group and analogue groups. There were also significant differences between the analogue groups with each other in most of the scales. Like in Clegg, Fremouw & Mogge (2009) and Blasco & Pallardó (2013) studies, SIMS scales *Af* ( $F_{(3,336)} = 162,02, p < .001$ ) followed by *Total* scale ( $F_{(3,336)} = 112,09, p < .001$ ), were those with largest effect sizes (0.59 and 0.50 respectively) measured by *Eta square*. *Cohen's d* effect sizes were very large for *Af* ( $ds = 3.79 - 4.42$ ) and also for *Total* ( $ds = 2.37 - 6.31$ ). PAI scales, *NIM* -IMN in Spanish version- ( $F_{(3,336)} = 134,44, p < .001$ ), *MAL* -SIM in Spanish version- ( $F_{(3,336)} = 82,97, p < .001$ ) and *RDF* -FDR in Spanish version- ( $F_{(3,336)} = 69,25, p < .001$ ) obtained large effect sizes (0.55, 0.43 and 0.38 respectively;  $ds = 1.41 - 5.65$ ), confirming other authors results (Liljequist, 1997; Liljequist, Kinder y Schinka., 1998; Calhoun et al, 2000 ; Kucharski, Toomey, Fila y Duncan, 2007; Kucharski y Duncan, 2007; Silgo y Robles, 2010). Finally, MMPI-2-RF scales, *F-r* ( $F_{(3,336)} = 163,82, p < .001$ ), *Fs* ( $F_{(3,336)} = 122,79, p < .001$ ), *FBS-r* ( $F_{(3,336)} = 115,14, p < .001$ ) and *Fp-r* ( $F_{(3,336)} = 100,60, p < .001$ ) had large effect sizes (0.59, 0.52, 0.51 and 0.47;  $ds = 2.62 - 4.02$ ) in line with those reported by other authors (Goodwin, Sellbom y Arbisi, 2013; Blasco y Pallardó, 2013).

Discussion in chapter 7, emphasize that analogue depression group was the most exaggerated group according to malingering scales, clinic scales and even faking good scales. This could be because, depression stereotypes could be more intuitive or "common sense" than anxiety ones and so explained the fact that anxiety analogue group had the lower scores in anxiety PAI scales. It could also be that depression stereotypes could conceived it as more serious mental problem than anxiety problems. Another explanation might have to do with the structure of the test, for example, SIMS has an exaggerated scale to assess depressive symptoms, but does not



have an own scale to assess anxiety disorders. Then results of this study are compared to results from other authors (Goodwin, Sellbom y Arbisi, 2013; Blasco y Pallardó, 2013). The main conclusion is that SIMS, PAI and MMPI-2-RF were good instruments to differentiate between military control and analog groups.

Chapter 7 concludes with some future prospects, some to complete statistical analysis that are not been done in this study and some related to continue this research with real designs including clinical groups and expert groups. In addition, malingering model proposed in Chapter 3, which implies non-medical factors, such as Bass & Halligan (2014), and introduces psychosocial factors, such as proposed by Snyder (1998), Merckelbach & Merten (2012) and Niesten et al (2015), deserve to be tested and validated. Also, it is proposed to investigate mental disorders stereotypes to have more objective criteria to help detection malingering practices still being based on evidence with different strategies. Finally, it should be recognized that it's need to study double stigma in Spanish soldiers, just like some other allies countries are doing.

**PARTE PRIMERA**  
**Fundamentos teóricos**



## **Capítulo 1**

### **Introducción al concepto de simulación de enfermedad**



## 1.1. Conceptualización del término simulación

### 1.1.1. Definición del término simulación

Decía Vallejo Nájera (1939) parafraseando a Minkowski que “la simulación es un proceso psíquico, caracterizado por la decisión consciente de reproducir, valiéndose de la imitación más o menos directa, trastornos patológicos, con la intención de engañar a otro, manteniendo el engaño con la ayuda de un esfuerzo continuo y durante un tiempo más o menos prolongado” (p. 46). Más recientemente y sin variar sustancialmente el concepto, la simulación se define como el intento deliberado de mentir o engañar acerca de una enfermedad o discapacidad, exagerando la sintomatología, con el fin de obtener un beneficio personal, que generalmente suele ser de tipo económico o implica la exención de deberes y obligaciones (Kropp y Rogers, 1993).

Los orígenes de la palabra simulación se encuentran en el latín (*simulatio*) para hacer referencia a la acción de simular (*simulare*) y significando, literalmente, según la Real Academia Española (Real Academia Española, 2001) “representar algo, fingiendo o imitando lo que no es”. En castellano, “simulación” (en su sentido estricto de fingir) no es un término específico de la medicina forense y se aplica también a otros contextos. Pero al emplear la palabra “simular” en el terreno médico-forense, ésta adquiere el sentido de “fingimiento de síntomas” tanto en su acepción médica como en la psicológica.

En inglés -idioma en el que se publica la mayoría de las investigaciones al respecto y las de más impacto- la simulación se conoce como *deception* (decepción, engaño), *faking* (falsificar, fingir), *fake bad* (fingir dando mala imagen), *negative impresion* (impresión negativa), *feigning* (fingir), *overreporting* (exagerar) o *malingering* (simulación) siendo ésta última, la mejor manera de aglutinar el concepto de “fingir estar enfermo” en una sola palabra. La expresión *malingering* se emplea para designar *ex profeso* cuando una persona finge enfermedades o traumas. Actualmente, la palabra *malingering* se utiliza tanto en la vida militar como en la civil, pero en sus orígenes se asociaba exclusivamente a la evitación de deberes militares (Brussel y Hitch, 1943). Berry y Nelson (2010) señalan que el término

*malingering* (simulador) surgió por primera vez a finales del siglo XVIII, en francés, con un doble significado de “sufrir y pretender estar enfermo” aunque, en la actualidad, el término se emplea sólo con el segundo significado y con connotaciones peyorativas. El diccionario Merriam-Webster (2014) reconoce también el origen francés del término y data su primera referencia en 1820. En la edición de 1890 de éste diccionario, *malingering* describía a un soldado que se fingía enfermo o que se inducía o prolongaba una enfermedad con el objetivo de evitar sus obligaciones (Palmer, 2006).

Se emplea, por tanto, el término simulador para hacer referencia a la persona que inventa y/o exagera patología o psicopatología para obtener algún tipo de recompensa. Entre las ganancias que se suelen perseguir con la simulación están (APA, 2000 y 2013; OMS, 1992) las externas, dónde destacan: conseguir bajas laborales o mantenerlas, recibir indemnizaciones económicas, etc.; y las psicológicas, entre las que se encuentran: recibir atención y apoyo, evitar deberes y obligaciones, etc.

### **1.1.2. Terminología relacionada con la simulación**

Autores destacados en el contexto de la simulación de trastorno mental, como Rogers (2008a), recomiendan el empleo de tres términos y desaconsejan el uso de otros tres. Además, advierten que los errores por el mal empleo del lenguaje profesional pueden ser muy peligrosos en ciertos contextos como el jurídico. De este modo, se debe diferenciar entre “simulación” (*malingering*), “manifestaciones facticias” (*factitious presentations*) y “fingimiento” (*feigning*) en función de cuál sea la motivación del sujeto para fingir.

En “simulación” la fabricación o exageración de síntomas están motivadas por una ganancia externa. En “manifestaciones facticias” el objetivo es la ganancia interna, como asumir el rol de enfermo. Aunque el problema de esta categoría diagnóstica, dice Rogers (2008a), es la dificultad para discernir dónde acaban las motivaciones internas y empiezan las externas, ya que las enfermedades, muchas veces, conllevan ciertos cambios en las responsabilidades laborales y familiares (Rogers, Jackson y Kaminski,

2005) que podrían estar favoreciendo dicho rol. Por último, en “fingimiento” se asume la exageración o fabricación de síntomas sin tener en cuenta lo que mueve dicha conducta (Rogers y Bender, 2003). Este término, se introdujo porque las pruebas estandarizadas no son capaces de evaluar la simulación *per se* (Gillard y Rogers, 2010), ni la motivación específica que se esconde tras la manipulación de imagen (DeClue, 2002). De este modo, Rogers (2008a) y Gillard y Rogers (2010) concluyen que los tests psicológicos se deben emplear para determinar fingimiento pero no simulación.

Por otra parte, Rogers (2008a) señala que algunos términos mencionados en determinados artículos, no son de uso recomendable debido a que pueden generar ambigüedad. Por ejemplo, “bajo rendimiento” (*suboptimal effort*) y “sobre-informar” o “exagerar” (*overreporting*) carecen de precisión y claridad, mientras que “ganancia secundaria” (*secondary gain*) puede crear confusión, ya que dependiendo de la perspectiva -psicodinámica, conductual o forense- da lugar a distintas interpretaciones sobre el tipo de ganancia a la que se refiere.

## **1.2. Tipos de simulación**

### **1.2.1. Antecedentes en las tipologías de simulación**

Gisbert (1998) hizo un compendio de tipologías de simulación – aunque, a veces, sin identificar autorías-. Atendiendo a los fines, dice este autor, la simulación se puede clasificar bajo los siguientes tipos: “Defensiva”, para rehuir una sanción o condena; “Ofensiva”, para vengarse de alguien atribuyéndole su origen; “Evitativa”, para eludir obligaciones, por ejemplo el servicio militar; Lucrativa, para explotar la caridad pública, por ejemplo los mendigos; “Aduladora”, la ponen en práctica discípulos o cortesanos que imitan los defectos o dolencias de maestros o poderosos; “Ambiciosa”, es como la anterior pero con el fin de obtener honores y prebendas; “Afectiva”, para ayudar a otros altruistamente (aunque, generalmente, los motivos son egoístas).

Desde el punto de vista de la realidad, o no, de los síntomas, según Boisseau (1870; adaptado por Vallejo Nájera, 1939) la enfermedad puede ser



“simulada” propiamente dicha (cuando los síntomas no existen en la realidad) para engañar al médico, pudiendo ser ésta “alegada”, “imitada” o “exagerada”. O, también, puede ser “provocada” artificialmente (cuando la enfermedad o los síntomas son reales y no se simulan, pero hubo intención de engañar y fines utilitarios), incluyendo ésta la “agravada” y la “entretenida” (o alargada). La enfermedad también puede ser “desconocida” (cuando el sujeto no sabe que la tiene), “ignorada” (si al médico le pasó inadvertida en un reconocimiento), o “imputada” (cuando el médico atribuye al sujeto una enfermedad que no padece) (ver Tablas 1.1 y 1.2). Por último, la enfermedad puede ser “disimulada” y ocultar, así, la patología.

Gisbert (1998) propone una tipología del fraude clínico diferente a la anterior, en la que no se valora si los síntomas existen en realidad, o no (ver Tablas 1.1 y 1.2). Según el autor, la enfermedad puede ser “provocada” y, dentro de este tipo se encuentran los subtipos: “Alegada” (es la forma más simple, limitándose el sujeto a la mera alegación de los síntomas, sin que haya manifestaciones objetivas); “Imitada” (es la variedad más frecuente y consiste en reproducir como un actor los caracteres externos o síntomas de la enfermedad); “Exagerada” (en este tipo, el sujeto parte de la existencia real de síntomas que exagera para dar mayor relieve a la enfermedad o sufrimiento); “Imputada” (aquí la enfermedad también es real pero ahora el simulador se limita a falsear su origen) -Nótese que la enfermedad “imputada” de Boisseau (1870) y de Gisbert (1998) no tienen relación-; y “disimulada”, sería el acto contrario a simular, ahora el enfermo oculta la patología.

Posteriormente, Gisbert (1998) realiza otra clasificación, en la cual, esta vez, se contempla el que la patología exista de verdad o no, pudiendo ser (ver Tablas 1.1 y 1.2): “Simulación completa”, siendo esta “alegada”, “imitada” o “imputada”; “Simulación parcial”, siendo “exagerada” y “alargada”; “Disimulación Completa”, pudiendo ser “disimulada” y “negada”; y “Disimulación parcial”, distinguiendo entre “disminuida” y “acortada”.

Gisbert (1998) cita otras clasificaciones, pero éstas no son relevantes en la actualidad, bien por su subjetividad, bien por no aportar ninguna eficacia de cara a la detección. Ejemplo de ello es la tipología de simuladores

de Vallejo Nájera, de 1950, en función de la psicogenia, similar a la propia de Vallejo Nájera (1939) en función de la personalidad, según la cual el simulador puede ser: Inculto, oligofrénico, sugestionable, paranoide, pleitista, egoísta, cobarde, fabulador o mitómano, amoral o perverso y profesional.

**Tabla 1.1**  
**Clasificación de enfermedades simuladas según Boisseau (1870; citado por Vallejo Nájera, 1939) y Gisbert (1998)**

TIPO DE SIMULACIÓN	AUTOR	
	Boisseau (1870)	Gisbert (1998)
<b>Enfermedades simuladas</b>	Imitadas Alegadas Exageradas	
<b>Enfermedades provocadas</b>	Entretenida Agravadas	Imitadas Alegadas Exageradas Imputadas
<b>Simulación Total o Completa</b>	Alegadas Imitadas	Imitadas Alegadas Imputada
<b>Simulación Parcial</b>	Exageradas Agravadas Entretenida	Exageradas Alargadas

### 1.2.2. Actualidad en las tipologías de simulación

En línea con las clasificaciones que venían haciendo distintos autores en los siglos anteriores, en la actualidad se retoma el criterio de la existencia, o no, de patología real. Así, volviendo al criterio de la realidad de los síntomas manipulados, Resnick, West y Payne (2008) diferencian entre: Fabricación completa de los síntomas o simulación “total”, “pura” o “completa”; exageración de sintomatología existente en intensidad, frecuencia y duración, también llamada “parcial” o “sobresimulación”; afirmar que la sintomatología y la discapacidad asociada se mantienen a pesar de que ésta haya reducido o desaparecido o “metasimulación”; y atribuir la sintomatología a unas causas diferentes a las que en realidad la originaron o “falsa imputación”. Esta última debe diferenciarse de una atribución genuina

y sin intencionalidad, pues, algunas personas pueden fallar honestamente en la explicación causal de los síntomas (Collie, 1971).

De éstos tipos, la "simulación total" es la menos habitual (Trimble, 1981), la "simulación parcial" la más fácil de encontrar (Kleinman y Stewart, 2004) y la "falsa imputación" es muy difícil de identificar por el evaluador ya que el sujeto puede describir los síntomas desde su propia experiencia (Resnick, West y Payne, 2008), al igual que puede pasar en la "metasimulación".

La Tabla 1.2 recoge esta clasificación de patrones de distorsión de imagen, simplificando en algunos casos y modificando o ampliando en otros. No es una clasificación exclusiva de simulación pues, como se irá exponiendo a lo largo de este primer capítulo, la disimulación de enfermedad también merece ser contemplada en los distintos contextos de las evaluaciones de la salud. Tampoco es una clasificación basada en la evidencia, da continuidad a lo que ya se venía realizando por autores anteriores. Se ha realizado a modo de resumir las tipologías para la toma de decisiones forense.

De cara al nombre dado al tipo de distorsión, Resnick, West y Payne (2008) conciben la "falsa imputación" como un tipo de simulación diferente a la "total" o "parcial", mientras que Gisbert (1998) la incluye en la "total". El razonamiento seguido en la Tabla 1.2 es que si la "falsa imputación" comparte con la distorsión de imagen "parcial" que ambas presentan patología real y con la "completa" que en las dos la mentira es absoluta, entonces, puesto que en la "falsa imputación" la patología es real, parece más oportuno incluirla en el tipo "parcial" porque ese dato es más objetivable que la cuantificación de la mentira. Otra opción habría sido incluir la "falsa imputación" en un tipo "mixto" de distorsión, pero esto habría hecho más compleja la clasificación, sin aportar funcionalidad. Así, se ha denominado "completa" cuando la mentira es total –o no existe patología real– y "parcial" cuando la mentira se refiere a patología real previa (incluyendo, por tanto, la falsa imputación en la simulación parcial).

**Tabla 1.2 Clasificación de patrones de enfermedad distorsionados (Adaptado de Boisseau, 1870; Gisbert, 1998).**

NOMBRE	SIMULACIÓN COMPLETA	SIMULACIÓN PARCIAL	DISIMULACIÓN COMPLETA	DISIMULACIÓN PARCIAL
DESCRIPCIÓN	Fabricar completamente los síntomas o afirmar que se mantienen cuando estos han cesado	Exagerar la sintomatología en intensidad, frecuencia y duración o atribuir los síntomas a unas causas diferentes a las que la originaron	Ocultar/ negar síntomas o desajustes o alegar su cese cuando estos se mantienen	Atenuar la sintomatología en intensidad, frecuencia y duración o atribuir los síntomas a unas causas diferentes a las que la originaron
¿SÍNTOMAS REALES?	NO	SI	SI	
CONTEXTO	Médico-legal Forense Clínico		Médico-legal Forense Clínico	
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD	Inventados Imitados Recordados Mantenidos cuando han remitido	Provocados Exagerados en intensidad, frecuencia y duración Falsa imputación	Ocultados Negados Suplantación	Disminuidos en intensidad, frecuencia y duración Falsa imputación
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SALUD	Ocultados Negados Disminuidos Acortados		Inventados Imitados Recordados Provocados Exagerados	
PREPARACIÓN DEL ENGAÑO	Previa (La intención surge antes de los síntomas simulados)	Posterior (La intención surge posteriormente a los síntomas o a los partes médicos)	Previa (La intención surge antes de ser evaluado)	Posterior (La intención surge posteriormente a los síntomas o a los partes médicos)
INTENCIÓN/ FINALIDAD	<b>Evitativa</b> (Evitar sanciones, condenas, penas, responsabilidades, culpas y deberes) <b>Chantajista</b> (Manipular a otros) <b>Vengativa</b> (Atribuir la causa a alguien) <b>Productivo-Lucrativa</b> (Obtener o mantener incentivos materiales, ventajas, beneficios) <b>Productivo-Ambiciosa</b> (Obtener o mantener atención, reconocimiento social, poder) <b>Afectiva o leal</b> (Ayudar a otro, conciliar trabajo y familia)		<b>Evitativa</b> (Evitar ser rechazado, expulsado, anulado, criticado, confundido con un simulador o estigmatizado) <b>Productiva</b> (Obtener o mantener trabajos, incentivos materiales, custodias, responsabilidades, cargos, prestigio, etc.) <b>Afectiva o leal</b> (Ayudar a otro)	
SIGNOS Y SÍNTOMAS MANIPULADOS	<b>Acción</b> (Fabrica: Cojera, temblor, lesionarse, llorar, delirar) <b>Omisión</b> (Fabrica: Ceguera, sordera, amnesia)		<b>Omisión</b> (Ocultar/ negar síntomas o fabricar síntomas de salud) <b>Acción</b> (Ocultar/ negar síntomas)	
SIGNOS DE LA DISTORSIÓN	<b>Incentivo externo</b> <b>Pruebas médicas/ físicas</b> <b>Pruebas neuropsicológicas</b> <b>Pruebas de autoinforme</b> <b>Discrepancias</b> (En la historia clínica; entre pruebas y síntomas, pruebas que evalúan lo mismo, pruebas y discapacidad informada, discapacidad informada y conducta cuando no está siendo evaluado; frecuencia, duración e intensidad de los síntomas informados y normales; etc.) <b>Consistencias</b> (Índices de simulación de pruebas diagnósticas; escaso o nulo avance terapéutico; recidivas contingentes al incentivo externo)		<b>Incentivo externo</b> <b>Pruebas médicas/ físicas</b> <b>Pruebas neuropsicológicas</b> <b>Pruebas de autoinforme</b> <b>Discrepancias</b> (Entre pruebas y síntomas, pruebas que evalúan lo mismo, pruebas y discapacidad informada, discapacidad informada y conducta cuando no está siendo evaluado; en la historia clínica; etc.) <b>Consistencia</b> (Con índices de disimulación en pruebas diagnósticas)	
INCENTIVO EXTERNO	<b>Refuerzo negativo</b> (Evitar sanciones, castigos, deberes, obligaciones) <b>Refuerzo positivo</b> (Recibir incentivos económicos, reconocimiento o apoyo social, vengarse, hacer justicia)		<b>Refuerzo negativo</b> (Evitar el rechazo, el estigma, la expulsión, la anulación de privilegios o incentivos) <b>Refuerzo positivo</b> (Recibir incentivos económicos, reconocimiento/ apoyo social)	
CONSECUENCIAS DE LA DETECCIÓN	<b>Castigo positivo</b> (Condena, pena, crítica) <b>Castigo negativo</b> (Sanción, disminución o anulación de privilegios o incentivos económicos, rechazo, estigma)		<b>Castigo negativo</b> (Expulsión, rechazo estigma, disminución/ anulación de privilegios o incentivos económicos)	

En cuanto a la “metasimulación”, el mantener que aún hay patología cuando ésta en realidad ha remitido, se asemeja más a la manipulación “completa” porque, en realidad, ya no hay síntomas y la persona los está recordando, aunque estos recién hayan cesado.

Tras el nombre (fila primera de la Tabla 1.2), se define el tipo de distorsión (segunda fila de la Tabla 1.2) y, tras esto, se crea un apartado para especificar si existe, o no,<sup>o</sup> patología real (fila tercera de la Tabla 1.2). A continuación, se numeran los contextos posibles de aparición de los patrones distorsionados, dividiendo y concibiendo éstos, tal y como lo hacen González Ordi, Santamaría y Capilla (2012), en: médico-legales, forenses y clínicos (cuarta fila de la Tabla 1.2). Después se aclara el tipo de, o el modo en el que se ejecuta, la manipulación de signos y síntomas de enfermedad empleado (fila cinco de la Tabla 1.2). En la disimulación total se ha incluido la “suplantación”, siendo ésta que una persona sana se hace pasar por el que carece de salud en procesos de evaluación asociados a incentivos externos.

Una característica que no se suele abordar en la simulación es la de qué hace el sujeto con los síntomas de salud, motivo por el que se ha dedicado un apartado para ello (fila seis de la Tabla 1.2), considerando que también es relevante tener este criterio en consideración en las evaluaciones. Tras la tipología de patología y salud declarada u ocultada, se resumen, en dos, los momentos en los que la intencionalidad de la distorsión se puede presentar, siendo ésta “previa” o “posterior” que, a su vez, dependerán de si la distorsión es completa o parcial (fila siete de la Tabla 1.2).

En cuanto a la finalidad (fila octava de la Tabla 1.2) de los patrones de simulación (“evitativa”, “productiva”, “chantajista”, “vengativa” y “afectiva”), hay que puntualizar que la intención del sujeto –o finalidad– no tiene porqué ser la verdadera causa de la simulación. En este sentido, los modelos que explican la simulación con arreglo a la motivación que hay detrás (p. ej. los modelos patogénico, criminológico, adaptativo coste-beneficio o adaptativo circunstancias adversas de Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein y Leonard, 1998), en realidad no son equiparables a modelos causales, pues éstos, entre otras cosas, no han sido demostrados (González Ordi et al., 2012). Las causas de la distorsión pueden coincidir, o no, con los motivos que la

originaron, al igual que las variables que la modulan. Entre las finalidades, se ha incluido la "chantajista" pues, en ciertos ámbitos, como por ejemplo en algunos contextos laborales, sería una forma de insubordinación, empleándose como protesta o amenaza a superiores para no realizar algunas tareas, cumplir determinados horarios, etc.

Luego, en la fila nueve de la Tabla 1.2, se describen formas concretas en las que se muestra la patología (simulada) y que son, en definitiva, los indicadores de enfermedad observables por el evaluador. En el caso de la simulación de enfermedad, esta patología se puede representar por acción (p. ej. cojear, temblar, lesionarse, herirse, ingerir sustancias, agitarse, mostrar rigidez física, verbalizar o aparentar estados alucinatorios y delirios, orinarse, sobresaltarse, conducta extravagante, etc.) o por omisión (p. ej. inhibirse, aparentar ceguera, sordera, mutismo, parálisis, catatonia, estupor, somnolencia, pérdida de fuerza, amnesia, retardo, retraso mental, confusión, ingerir sustancias que inhiban la conducta, etc.). En el caso de la disimulación este dato no es relevante pues la persona se esfuerza, precisamente, por ocultar y negar la patología.

A continuación, en la fila 10 de la Tabla 1.2, se han incluido los signos o indicadores objetivos de la distorsión de enfermedad/ salud detectables en las evaluaciones. Estos son, en definitiva, los criterios clasificatorios y diagnósticos de utilidad para el profesional sanitario.

En cuanto a los mecanismos por los cuáles la distorsión de imagen se mantiene (fila 11 de la Tabla 1.2), es el refuerzo negativo la principal fuente interna -o intrínseca- de conservación de la conducta y, el positivo, externa -o extrínseca-. Se acaba matizando las consecuencias que pueden tener ambos patrones de distorsión en caso de ser detectados, suponiendo posibles castigos positivos y negativos para el simulador, mientras para los disimuladores no habría castigo positivo por dicha conducta, pero si negativo.

Dentro de las tipologías de simulación más recientes y que gozan de un mayor estatus, se encuentra la de Rogers (1990a, 1990b) y Rogers, Sewell y Goldstein (1994) quienes, basándose en la Teoría de Prototipos, clasificaron a los simuladores en tres grupos: Criminológico, patogénico y adaptativo. Estos

prototipos también se conciben como modelos causales de la simulación, motivo por el cual se tratará a fondo en el capítulo 3 de esta tesis.

### **1.3. Los mitos de la simulación**

El punto de vista de los expertos en salud puede diferir drásticamente de lo que parece ser obvio para la opinión pública. Esto es cierto para una serie de mitos que siguen acosando a los problemas de salud fingidos. Tales mitos tienden a ignorar o distorsionar los resultados de la investigación moderna. En el reciente estudio alemán de Schlicht y Merten (2014) se observa que, pese a que la mayoría de la gente prefiera explicar la simulación por el modelo adaptativo, los medios de comunicación (periódicos, revistas o diarios en Internet) de habla inglesa, emplean frecuentemente lenguaje peyorativo y se adhieren al modelo criminológico con el fin fomentar la indignación en los lectores. Aunque este estudio es limitado en cuanto a su generalización, los resultados cuestionan que los medios de comunicación manipulen las noticias relacionadas con supuestos fraudes clínicos pudiendo ser problemas psicológicos, así como la validez de las creencias infundadas que han mantenido los expertos a lo largo del tiempo. El problema consiste en que estos mitos no sólo están arraigados en la opinión pública, también lo están en los evaluadores de la salud y, en ocasiones, son amparados por la propia comunidad científica, lo que supone un grave problema deontológico que no está siendo abordado.

Para ofrecer una visión de la simulación más acertada -o basada en la evidencia-, algunos autores han descrito algunas falsas creencias que existen en torno al término (Vallejo Nájera, 1939; Rogers, 1998a; Rogers, 2008a; Hall y Poirier, 2000a; Rogers y Bender, 2003):

- La primera de éstas es la asunción de que la simulación es muy poco frecuente (Rogers, 2008a). En contra de esta creencia, se ha demostrado en diferentes estudios que la simulación se da con frecuencia tanto en contextos forenses como clínicos (Rogers, Duncan y Sewell, 1994; Rogers et al., 1998; Mittenberg, Patton, Canyock y Condit, 2002; Van Egmond y

Kummeling, 2002; Van Egmond, Kummeling y Balkom, 2005; Capilla, González Ordi y Santamaría, 2009).

- La segunda es que la tasa de simulación es estable (Rogers, 2008a). Sin embargo, las variaciones reveladas en distintas investigaciones indican lo contrario (Rogers et al., 1998).
- La tercera es que cuando hay ocultación o mentiras se demuestra que hay simulación, como si la manipulación de algunos pacientes fuera sinónimo de simulación. Pero ni toda exageración de síntomas es simulación (Turk, 1996; Greve, Ord, Bianchini y Curtis, 2009), ni porque los simuladores mientan, los mentirosos tienen porqué simular (Rogers, 2008a). Por ejemplo, puede haber sujetos, simplemente, exagerados o sujetos que minimicen la trascendencia de su psicopatología y, en consecuencia, piensen que siendo honestos no se les va a detectar su verdadero diagnóstico y, por ello, en un intento –no muy consciente- de “ayudar” a los expertos exageren la psicopatología real.
- La cuarta es que la presencia de simulación excluye la presencia de trastornos genuinos (Vallejo Nájera, 1939; Rogers, 2008a). Pero una cosa no quita la otra. Autores como Resnick y Knoll (2008), han descrito cómo sujetos esquizofrénicos pueden simular síntomas psicóticos adicionales con el fin de evitar responsabilidades penales.
- La quinta es que la simulación es un acto antisocial cometido por una persona antisocial (Rogers, 2008a). Sin embargo, diversos estudios han encontrado que los rasgos antisociales son un criterio poco específico y apenas útil en la detección de simulación (Rogers, Gillis y Bagby, 1990; Rogers y Cruise, 2000; Poythress, Edens y Watkins, 2001; Lilienfeld y Fowler, 2006; Kucharski, Duncan, Egan y Falkenbach, 2006; Rogers, 2008b; Vitacco, 2008; Pierson, Rosenfeld, Green y Belfi, 2011; Demakis, Rimland, Reeve y Ward, 2014; Niesten, Nentjes, Merckelbach y Bernstein, 2015).
- La sexta es que la simulación aparece como el fenómeno del iceberg (Rogers, 2008a), de tal forma que la simple observación de conductas



aisladas de exageración o invención de síntomas, representa un patrón de simulación.

- La séptima, es la creencia de que “hacerse el loco” o fingir algunos signos, síntomas y cuadros diagnósticos como la amnesia, las alucinaciones o las reacciones de estrés postraumático es muy fácil de conseguir sin ser detectado (Vallejo Nájera, 1939; Hall y Poirier, 2000a). Las investigaciones llevadas a cabo con distintas pruebas psicológicas diagnósticas demuestran que no es así (como se verá en el capítulo 4).
- La octava falacia, descrita por autores reconocidos, es que la simulación es fácilmente detectable por los profesionales de la salud mental. Por ejemplo, Rogers (1998a, 2008a) cree que existe la creencia injustificada de que la simulación es fácilmente detectable por dichos profesionales. Vallejo Nájera (1939) así lo entendía, pues consideraba que los peritos eran muy hábiles detectando la autenticidad de los síntomas. Sin embargo, según muestran distintos estudios empíricos que analizan la capacidad de distintos profesionales del ámbito forense (psicólogos, jueces, policías, detectives) en la detección de mentiras, se ha visto que éstos no son significativamente mejores que el azar (p.ej. Aamodt y Custer, 2006). El famoso experimento de Rosenhan (1973) es un buen ejemplo de ello. También se ha demostrado que la confianza con la que las personas atribuyen su capacidad para detectar el engaño no se relaciona con su capacidad real (Aamodt y Custer, 2006; DePaulo, Charlton, Cooper, Lindsay y Muhlenbruck, 1997). Por otra parte, no hay ninguna evidencia empírica para afirmar que el ojo clínico o la experiencia por si misma conduzcan a una mejor detección de patrones distorsionados.
- La novena es que parece que existe la idea de que “la detección de simulación es un arte muy difícil de aprender” (Hall y Poirier, 2000a). Sin embargo, Hall y Poirier (2000b, 2000c, 2000d) han demostrado que hay métodos de detección específicos para cada caso que los profesionales pueden aprender.
- La décima, es que la simulación se da más en contextos militares, idea fomentada por los principales manuales diagnósticos. Sin embargo, tal y

como se expondrá más adelante en distintos apartados y capítulos, dicha creencia podría ser un mito basado en el peso de la historia y en la intuición o las ideas ingenuas. Desde un punto de vista histórico, los hombres han estado combatiendo siglo tras siglo y con más frecuencia e intensidad que en la actualidad (Pinker, 2012). Además, esta actividad ha tenido -como ninguna- un componente forzoso y ha estado asociada – también, como ninguna- a elevadas demandas físicas y psicológicas, hasta el propio riesgo de perder la vida o quedarse mutilado. Por otra parte, la forma de comprender y tratar los problemas mentales en el pasado, dista mucho de la actual, provocando que, ante la falta de comprensión, todo problema psicológico se considerara debilidad, simulación o una mezcla de ambos. Así, lo intuitivo ha sido creer que en los contextos militares había más simulación que en otros contextos, quizás porque era el único contexto en el que se cumplían todos esos requisitos juntos (saliencia de actividad, obligatoriedad, riesgos, ausencia de comprensión) y porque, no nos olvidemos, lo bélico era “El Contexto” en el que se vivía.

Sin embargo, distintos estudios clásicos (p. ej. Read, 1920; Gallant, 1931; Fribourg-Blanc y Gauthier, 1935; Vallejo Nájera, 1939; Harris, 1944; Watson, 1982;), así como otros recientes (p.ej. Vautier et al., 2010; Lande y Williams, 2013; *Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a; Secretaría General Técnica, 2003- 2013) demuestran que la prevalencia de simulación en militares fue y es poco frecuente. Además, en contra de lo intuitivo, ésta es aún menor en zona de operaciones que en territorio nacional (Lande y Williams, 2013; *Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a). En todo caso, este criterio estaría relacionado con las distintas formas de reclutamiento militar (ver capítulo 3).

- Por último, algunas investigaciones han encontrado que los evaluadores tienden a percibir más simulación en las mujeres que en los hombres (Gjesdal, Ringdal, Haug y Mæland, 2004; Karlsson, Carstensen, Gjesdal y Alexanderson, 2008; Quezada-Ortega, Razo-Mondragón, Marín-Cotoñieto, Salinas-Tovar y López-Rojas, 2006; Steenstra, Verbeek, Heymans y Bongers, 2005; Benavides et al., 2007; Santamaría, Capilla y González, 2013) o personas con cierta edad o ciertos ingresos económicos. Pero estos estudios descriptivos no explican, ni reflexionan sobre los hallazgos.

Aunque pueda parecer que la creación de prototipos se hace para ayudar a los profesionales en sus clasificaciones, en realidad, están fomentando decisiones estereotipadas. Además, por el hecho de estar amparados por la comunidad científica, estos prototipos –o estereotipos- serán fácilmente asumidos por los profesionales de la salud, ávidos de criterios objetivos contrastados.

El efecto sumatorio de la creencia ingenua en estas falacias puede perjudicar las habilidades de evaluación de los clínicos (Rogers, 2008a) creando falsos positivos o falsos negativos y reducir, por tanto, el número de aciertos en las clasificaciones. El experimento de Rosenhan (1973) -que se describe en el siguiente párrafo- sobre la validez del diagnóstico psiquiátrico, demuestra que la detección de simulación por parte de los profesionales de salud mental no es un ejercicio fácil y que, para ser eficaces en el psicodiagnóstico, hay que basar las prácticas en evidencias empíricas.

En la primera fase del experimento de Rosenhan, un grupo de personas sanas simulaban síntomas psicóticos con el objetivo de ser admitidos en 12 hospitales psiquiátricos de los Estados Unidos. Los especialistas no los detectaron. Después de esta primera fase, los especialistas debían detectar a pacientes falsos o simuladores (aunque no había ninguno). En este caso, clasificaron como simuladores a un gran número de personas con trastornos reales. De este modo, Rosenhan demostró lo fácil que era caer en el error de crear falsos positivos y falsos negativos en el diagnóstico psiquiátrico. La práctica de éste experimento, es mencionada por Sparr y Pankratz (1983) o Watson (1990), quienes señalan que hay numerosas investigaciones en las que se demuestra lo fácil que es fingir un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en las entrevistas clínicas tradicionales.

Varias décadas desde el experimento de Rosenhan (1973) y el de Rogers (1990b), la evidencia demuestra que los métodos, estrategias y pruebas empleadas por los profesionales implicados en la valoración de la salud mental en contextos médico/legales, siguen sin estar sistemáticamente investigados. Slick, Tan, Strauss y Hultsch (2004) así lo han manifestado en lo referente a la detección de simulación en el área de la neuropsicología.

Todos estos prejuicios, se han fomentado por un modelo de simulación encorsetado en la visión médica de los problemas humanos y mantenida por una opinión pública influenciada por los medios de comunicación (Schlicht y Merten, 2014). Una dificultad añadida a las clasificaciones erróneas, es el estigma. A pesar de la trascendencia que tiene hacer clasificaciones erróneas, para la salud, el bienestar, el prestigio personal, la carrera profesional, incluso la seguridad jurídica de los afectados, es llamativo que aún se mantengan prototipos basados en la tradición o en estudios meramente descriptivos. En el capítulo 2 se retoma este asunto deontológico.

#### **1.4. Prevalencia de la simulación en diferentes contextos**

El estudio de la prevalencia de simulación es, en cierto modo, controvertido. En primer lugar, porque todavía no existe un consenso acerca de dicha prevalencia debido a que los principales manuales de diagnóstico y las evidencias empíricas no convergen en la misma dirección. Por ejemplo, tal y como se desprende del propio DSM (APA, 2000 y 2013) las expectativas de aparición de este patrón, son más comunes en los profesionales implicados en el área forense que en el clínico. Sin embargo, distintas investigaciones sugieren que la simulación es frecuente tanto en contextos forenses como clínicos (p. ej. Rogers, Duncan y Sewell, 1994; Rogers et al., 1998; Santamaría, Capilla y González Ordi, 2013; Lande y Williams, 2013; *Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a). En segundo lugar, porque los simuladores buscan activamente no ser detectados, lo que dificulta o imposibilita conocer su incidencia real (Santamaría, Capilla y González Ordi, 2013). En tercer lugar, porque la tasa de incidencia varía en función del contexto que se analice (Rogers et al., 1998; Rogers, 2008a). En cuarto lugar, porque se trata de un patrón de compleja evaluación, por lo que su detección requiere de sus propios métodos y estrategias basados en procedimientos empíricamente validados y éstas son prácticas muy recientes. En quinto lugar, porque los criterios diagnósticos que definen operativamente qué es la simulación han sido hace poco establecidos (Bush et al., 2005). En sexto lugar, porque los clínicos son reacios a hacer informes favorables de simulación (Burges y McMillan, 2001) debido a que un gran número de

diagnósticos deben ser descartados antes de diagnosticarlo (Pollack, 1982), a que una clasificación errónea de simulación puede llevar a la estigmatización y a la subsecuente inhabilitación para recibir tratamientos adecuados (Kropp y Rogers, 1993) y a que, al etiquetarlo como simulación, los clínicos se enfrentan a la posibilidad de ser demandados por difamación e incluso a ser agredidos físicamente (Resnick, West y Payne, 2008). En séptimo lugar, porque su diagnóstico trasciende del ámbito privado de la salud a la esfera de lo público - Sistema Nacional de Salud, Seguridad Social, Pensiones, etc.- y, en última instancia, al Sistema de Bienestar establecido. Finalmente, conocer la prevalencia real de este patrón de comportamiento requiere abordar algunas cuestiones que están aún pendientes. Como por ejemplo, contar con modernos sistemas electrónicos de bases de datos en la Sanidad Pública, la Seguridad Social o el Sistema de Pensiones, en los que se recoja esta información; que se hicieran protocolos estandarizados de evaluación para todos los profesionales implicados (González Ordi, Capilla, Santamaría y Casado Morales, 2012); o que hubiera un organismo de vigilancia de esta conducta a nivel nacional que analizara y publicara estos datos.

En este sentido, algunos países poseen mecanismos de control. Por ejemplo, gracias al Sistema de Vigilancia Médica de la Defensa de los Estados Unidos, en dicho país, cuentan con archivos electrónicos de todas las consultas ambulatorias y hospitalarias del personal militar y civil que trabaje para Defensa en cualquier parte del mundo (*Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a). En España, no existe una regulación similar en Defensa. Sin embargo, a nivel nacional, se encuentran la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud o el Real Decreto 69/2015, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada que, parece, van dirigidas a un fin similar.

Respecto al patrón de presentación de la simulación en el área clínica, Halligan, Bass y Oakley (2006) mantienen que la mayoría de los clínicos no suelen considerar la simulación dentro del repertorio de posibles diagnósticos. Malleson (2002) propone que los clínicos asumen que los pacientes que buscan ayuda en un profesional no van a tratar de engañarle. Sin embargo, Guriel y Fremouw (2003), entienden que estos profesionales

están condicionados a aceptar al cliente de manera ingenua repercutiendo esto en una falta de escrutinio en la precisión del relato y, consecuentemente, no evaluando la posibilidad de simulación. Con independencia del motivo de la falta de escrutinio de la simulación en el contexto clínico, la conclusión a la que llegan Taylor, Frueh y Asmundson (2007) es que es difícil conocer la tasa de simulación en este ámbito. Por otra parte, los estudios que se han centrado en determinar su frecuencia de aparición, han demostrado una tasa variable (Rogers et al., 1998; Rogers, 2008a; Ver Tabla 1.3 y 1.4).

**Tabla 1.3**  
**Prevalencia de la simulación en distintos contextos civiles**

<b>Muestra</b>	<b>Autores</b>	<b>% de simulación</b>
Forense	Rogers, Sewell y Goldstein (1994)	15,7
	Mittenberg et al. (2002)	19
	Norris y May (1998)	56
	Rogers et al. (1998)	17,4
	McDermott, Dualan y Scott (2013)	17,5 (psiquiátricos)
	McDermott, Dualan y Scott (2013)	64,5 (prisiones)
Clínica	Rogers et al. (1994, 1998); Mittenberg et al. (2002); Sharland y Gfeller (2007); Dandachi-FitzGerald, Ponds, Peters y Merckelbach (2011); Dandachi-FitzGerald, Ponds y Merten (2013).	7
	Mittenberg et al. (2002)	8
Médico-legal	Boone, Savodnik, Ghaffarian, Lee y Freeman (1995)	12
	Griffin, Normington, May y Glassmire (1996)	19
	Mittenberg et al. (2002)	30
	Capilla, González Ordi y Santamaría (2009)	50

Estudios basados en la opinión de psicólogos forenses de los Estados Unidos determinan que la simulación aparece en un 17,4 % de los casos forenses y en un 7,4% del resto de los casos (Rogers, Sewell y Goldstein, 1994). Según Granacher y Berry (2008) uno de los estudios más amplios sobre prevalencia de simulación es el realizado por Mittenberg et al. (2002) en una muestra de 33.531 sujetos, para la Junta Americana de Neuropsicología Clínica. Por grupos de sujetos los resultados fueron que el 29% de 6.371 lesionados, el 30% de 3.688 discapacitados, el 19% de 1.341

criminales y el 8% de 22.131 casos médicos, probablemente estaban simulando (ver Tabla 1.3).

La prevalencia de simulación por distintos motivos psicológicos en sujetos demandantes de compensación económica a la Seguridad Social de los Estados Unidos se ha estimado en 19% (Griffin, Normington, May y Glassmire, 1996). Otra valoración realizada en solicitantes de indemnización por estrés laboral cifró una tasa del 12% de simulación en una muestra de 154 trabajadores (Boone, Savodnik, Ghaffarian, Lee y Freeman, 1995) aunque, según Sumanti, Boone, Savodnik y Gorsuch (2006) estos resultados están, probablemente, infraestimados (ver Tabla 1.3).

Según McDermott y Feldman (2007) y González Ordi, Santamaría y Capilla (2012), en contextos médico-legales, las patologías más simuladas están relacionadas con la discapacidad, exageración de síntomas físicos y el dolor, mientras que en contextos forenses de tipo criminológico o delictivo son los trastornos psicopatológicos los más prevalentes (McDermott y Feldman, 2007). En muestras forenses, McDermott, Dualan y Scott (2013) registraron una incidencia del 17,5% en una muestra que estaba siendo evaluada para determinar su grado de capacidad para ser juzgado y del 64,5% en presos que fueron evaluados para obtener algunas ventajas (ver Tabla 1.3).

En cuanto al tipo de trastorno implicado en la evaluación, Mittenberg et al. (2002) encontraron que la simulación se daba en el 39% de los trastornos craneoencefálicos, en el 35% de las fibromialgias o fatigas crónicas y en el 31% del dolor crónico (ver Tabla 1.4).

Otro trabajo importante relativo a la prevalencia de simulación es el de Larrabee (2003) en el que hace una revisión cuantitativa de once estudios empíricos sobre traumatismos craneoencefálicos, encontrando que la estimación media de simulación para los casos de neuropsicología era del 40%, confirmando, por tanto, los mismos resultados de prevalencia que en el estudio de Mittenberg et al. (2002) (ver Tabla 1.4). Otros autores difieren de estos resultados, estimando un 15% de casos de simulación en evaluaciones neuropsicológicas en contextos clínicos (Rosenfeld, Sands y Van Gorp, 2000)

o un 10% de los demandantes de compensación económica con diagnósticos neuropsicológicos (Slick et al., 2004) (ver Tabla 1.4).

**Tabla 1.4**  
**Prevalencia de la simulación por patología simulada**

<b>Muestra</b>	<b>Autores</b>	<b>% de simulación</b>
Patología psicológica	Burkett y Whitley (1998)	75 (TEPT)
	Frueh, Hammer, Cahill, Gold y Hamlin (2000)	20 (TEPT)
	Freeman, Hart y Kimbrell (2005)	55 (TEPT)
	Mittenberg et al. (2002)	14,9 (Depression)
	Mittenberg et al. (2002)	13,5 (Ansiedad)
	Mittenberg et al. (2002)	10,5 (T. Disociativo)
	Mittenberg et al. (2002)	34,7 (Fibromialgia)
	Mittenberg et al. (2002)	31,4 (T. Somatoforme)
	Ord, Greeve, Bianchini y Curtis (2007)	25-50 (Fibromialgia)
	Gervais, Russell, Green et al. (2001)	25-30 (Fibromialgia)
	Gervais, Green, Allen e Iverson (2001)	25-30 (Dolor crónico)
	Capilla, González Ordi y Santamaría (2009)	50 (Ansiedad y depresión)
Patología neurocognitiva	Rosenfeld, Sands y Van Gorp (2000)	15
	Larrabee (2003)	40
	Slick et al. (2004)	10
	Larrabee (2005)	25-50
	Martens, Donders y Millis (2001)	11
	Mittenberg et al. (2002)	38,5
Patología física	Less-Haley (1992)	20-30
	Mittenberg et al. (2002)	29
	Green, Rohling, Lees-Haley y Allen (2001)	20-30
	Langeluddecke y Lucas (2003)	20-30
	Schmand, Lindeboom, Schagen et al. (1998)	61 (Esguince cervical)
	Capilla, González Ordi y Santamaría (2009)	45 (Lumbalgia crónica)
		50 (Cervicalgia crónica) 65 (Esguince cervical)

Según Capilla, González Ordi y Santamaría (2009) los índices de simulación en España son todavía más altos que los presentados en estudios americanos, con una incidencia para los casos de esguince cervical del 65%, del 45% para los de lumbalgia crónica y del 50% para los casos de depresión, ansiedad, fibromialgia y cervicalgia crónica (ver Tabla 1.4). No obstante, para determinar estos porcentajes con más precisión, es necesario realizar investigaciones que afronten la estimación de la frecuencia de



aparición de la simulación, diversificando los contextos y ampliando el tamaño muestral.

En base a lo anterior, es necesario tener presente la simulación tanto en la práctica forense como en la clínica (Taylor, Frueh y Asmundson, 2007). Además, cuando el resultado de la evaluación implique importantes consecuencias, la simulación debería ser sistemáticamente evaluada y no hacerlo debe considerarse una seria negligencia (Rogers, 2008a).

En cuanto a la prevalencia de la simulación en contextos militares, hay que destacar que los principales manuales diagnósticos de los trastornos mentales asocian estos patrones con estos contextos. Sin embargo, este criterio no se basa en datos empíricos, ni en estudios de prevalencia. De hecho, las investigaciones revisadas para elaborar esta tesis, tanto las históricas como las actuales, contradicen esta versión.

Por ejemplo, algunos autores han descrito que las supuestas automutilaciones con fines evitativos en soldados del ejército de Napoleón, en realidad, eran accidentes debidos a la inexperiencia (Vautier et al., 2010). Otros, han señalado que los problemas psicológicos que se consideraban fingidos en soldados de la Unión Soviética (Gallant, 1931), del ejército inglés en la I Guerra Mundial (Read, 1920) o francés en la misma guerra o período de entre guerras (Fribourg-Blanc y Gauthier, 1935), en la Guerra Civil española (Vallejo Nájera, 1939), en soldados (Lande y Williams, 2013) y marineros (Harris, 1944) de los Estados Unidos en la II Guerra Mundial o soldados estadounidenses en la de Vietnam (Watson, 1982), en realidad, eran trastornos reales, en contra de lo que se podría esperar o de lo que se ha transmitido habitualmente.

Estudios recientes en población militar reflejan esa misma realidad (ver Tabla 1.5). Lande y Williams (2013) llegan a la conclusión de que, de las 28.065.568 visitas que hicieron los militares estadounidenses a los centros de salud, entre los años 2006 y 2011, sólo 985 (0,004%) fueron casos de simulación (ver Tabla 1.5).

Otro estudio (*Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a) con personal en servicio activo de los Estados Unidos, refleja una incidencia de la

asunción del rol de enfermo (simulación y trastorno facticio) de 7.838 casos en 15 años (de 1998 a 2012), suponiendo esto una tasa de 3,67 por cada 10000 sujetos, distribuida entre diagnósticos dados en despliegues (0,11) y dados en territorio nacional (3,56), de los que 2,48 recibieron el diagnóstico en una ocasión y 1,19 lo recibieron en dos ocasiones y de los cuales el 3,61 eran hombres y 3,98 mujeres. De estos, la tasa para los que recibieron el diagnóstico de simulación fue de 3,16 (2,08 lo recibieron una sola vez y 1,08 dos veces). También se observa que a medida que aumenta la edad disminuye este patrón, siendo llamativa la tasa en menores de 20 años (12,34) y en reclutas (29,63).

Respecto a la especialidad médico militar que realizó la clasificación diagnóstica de simulación, de 4.359 militares diagnosticados, el 42,9% lo fueron por profesionales de salud mental; el 30,2% por médicos atención primaria; 13,3% por otorrinolaringólogos; el 3,1% por médicos de urgencias; y el 2,8 por neurólogos. De esta investigación hay que destacar que demuestra, en contra de lo dictado por los manuales diagnósticos, que no hay causalidad ni correlación entre los despliegues en zona de guerra y simulación.

**Tabla 1.5**  
**Prevalencia de la simulación en distintos contextos militares.**

<b>Muestra</b>	<b>Autores/ Fuente</b>	<b>Tasa de simulación</b>	<b>% de simulación</b>
Sanidad Militar (USA)	Lande y Williams (2013)	0.00004	0.004
Sanidad Militar (USA)	<i>Armed Forces Health Surveillance Center</i> (2013a)	3.16	0.032
Justicia Militar (España)	Secretaría General Técnica (2003- 2013)	0.0008	0.08

Hay que destacar la ausencia de datos objetivos publicados, por parte de la Sanidad Militar española, sobre prevalencia de simulación, aunque psiquiatras y psicólogos militares españoles reconocen que los patrones de simulación pura son inexistentes y, en escasas ocasiones, se encuentran cuadros de sobresimulación. Por tanto, la tendencia no ha variado desde 1939, fecha en la que Vallejo Nájera señalaba que del estudio de 2.017 casos

analizados en la Clínica Psiquiátrica Militar “se reduce el fraude clínico a intentos de fingimiento de síntomas y son raros los casos de verdadera simulación abundando, en cambio, las agravaciones y la sobresimulación emprendidas por inferiores mentales y verdaderos enfermos psíquicos” (p. 119).

Según la Justicia Militar española, que elabora y publica anuarios recogiendo estadísticas de delitos entre los que se encuentra la simulación e inutilización voluntaria (PLANESTADEF; Secretaría General Técnica, 2003-2013), se registraron en total 10 delitos por simulación o inutilización voluntaria entre los años 2000 y 2012 (de un total de 11.802 delitos militares). De los 10, cinco fueron condenados (de un total de 1.360 condenas por delitos militares), dos de ellos por inutilización voluntaria con la pena de prisión de un año y un día a tres años y el resto por simulación con la respectiva pena de prisión de tres meses y un día a un año. Por lo tanto, según los anuarios de Estadística de Jurisdicción Militar entre el año 2000 y el 2012, un delito militar de cada 1.180 fue por simulación o inutilización voluntaria (lo que hace una tasa de prevalencia de delito por simulación de 0,008) y una condena militar de cada 272 lo fueron por ese delito (suponiendo una prevalencia de condenas por simulación de 0,004).

Solo dos trabajos muestran una alta tasa de simulación en población militar y, ambos, se han hecho en países con un sistema de reclutamiento obligatorio. Vetter, Gallo, Rossler y Lupi (2009) encontraron una tasa del 4,72% en fases de reclutamiento en el ejército suizo en el año 2003, mientras que Iancu et al. (2003) registraron una del 25% en soldados demandantes de servicios de salud del ejército Israelí.

## **1.5. Diagnóstico psicopatológico y simulación**

### **1.5.1. Tipos de aciertos y errores en el diagnóstico psicopatológico y de simulación**

Las evaluaciones psicológicas en el ámbito clínico comprenden una serie de fases y tareas (Fernández-Ballesteros, 1980, 1997) para poder cumplir el método científico en el campo de la Salud Mental (Muñoz, Roa,

Pérez Santos, Santos-Olmo y de Vicente, 2002). Por tanto, la evaluación psicológica es un proceso que deberá comenzar por describir adecuadamente la realidad, seguir por una generación de hipótesis explicativas de lo observado en función del conocimiento actual y, finalmente, deberá acabar con una formulación y contraste de hipótesis (Muñoz et al., 2002). Según Muñoz (2002) el proceso de evaluación psicológica clínica incluye tres ejes de actividad: descriptivo, funcional y de diagnóstico. Aunque en cada momento están activados los tres ejes, en los momentos iniciales, más que generación de hipótesis, habrá impresiones diagnósticas, mientras que en fases posteriores el peso recaerá más en el análisis funcional, la formulación de hipótesis y el diagnóstico. A diferencia del ámbito forense, en el clínico, la evaluación puede continuar durante el tratamiento para valorar el cambio.

Las evaluaciones psicológicas en el ámbito forense son sistemáticas y estructuradas y, al igual que en el ámbito clínico, también se componen de fases pero, a diferencia de éste, el proceso acaba con la realización de un informe o peritaje en donde se rechazan y confirman las hipótesis diagnósticas que se hayan ido planteando a lo largo de la evaluación.

En la toma de decisiones de los profesionales que evalúan salud mental puede existir, o no, la hipótesis de simulación de trastorno mental. Tanto si esta hipótesis se considera, como si no, el proceso de evaluación se enfrenta a cuatro tipos de decisiones, dos correctas y dos erróneas.

- Decisiones correctas: Clasificar a un sujeto enfermo como honesto (verdadero negativo) y a un simulador como simulador (verdadero positivo).
- Decisiones erróneas: Clasificar a un sujeto honesto como simulador (falso positivo) y a uno simulador como honesto (falso negativo).

En las evaluaciones psicológicas que exista simulación deberá surgir primero la hipótesis, para poder contrastarla después. Una vez se plantea la hipótesis, el forense no podrá basarse en las causas, intenciones o beneficios de la simulación –porque éstas pueden ser totalmente inaccesibles o parecer muy obvias pero, en realidad, no serlo-, ni en los signos y síntomas de enfermedad aparentemente reales –porque éstos podrían ser, de verdad,

reales-. En lo que si puede basarse es en los signos de la distorsión –p.ej. incongruencias, exageración, etc.-, en pruebas objetivas –p.ej. partes de baja médica manipulados-, y en índices de medida validados y contrastados (estos índices se tratan en el capítulo 4 y en la parte empírica).

### **1.5.2. Primeros manuales de clasificación de la simulación**

La historia ha puesto de manifiesto el esfuerzo de los médicos militares por proporcionar soldados y marineros útiles, pero más si cabe, por desvelar simulación en quienes pretendían librarse del servicio militar. El primer tratado sobre enfermedades simuladas es, según Vallejo Nájera (1939), el de Galeno, que hizo basándose en las observaciones a esclavos, en donde enumeró las simulaciones más frecuentes en su tiempo, dando reglas para diferenciar los dolores reales de los simulados y citaba como ejemplos “la falsa hemoptisis, la inflamación de la rodilla, los dolores y la locura” (p. 19-20) y en el que realizó los primeros criterios diagnósticos de simulación: “la ausencia de causa morbosa racional, la indiferencia al tratamiento, el estado del pulso, el curso de la enfermedad y la influencia de los dolores” (p. 20). De hecho, cuenta Vallejo Nájera (1939) que la fama de Galeno en la metrópoli romana se debía, en gran parte, a su habilidad para descubrir fraudes clínicos.

Durante la Edad Media, las decisiones de los peritajes de quienes decían padecer alguna enfermedad para no hacer el servicio militar residían en el obispo. Después, comienza la tendencia a desarrollar guías de detección de simulación. Vallejo Nájera (1939) repasa los esfuerzos de numerosos autores y explica que: “Silvaticus (1594) dedica un libro especial a la simulación de las enfermedades, donde estudia el papel que le está reservado al médico en el descubrimiento de las supercherías clínicas, expone preceptos generales para descubrirlas y estudia determinadas enfermedades que son objeto de fingimiento. Pocos años después, aparece un libro de Fidelio que distingue diversas especies de simulación. Zachias (1628), el padre de la Medicina Legal, consagra un libro a la historia de la simulación, estudia los medios de descubrir los fraudes, las reglas que debe seguir el médico para la comprobación de los dolores, de las lesiones físicas y de las

afecciones morales. Indica que se simulan la locura, la imbecilidad, los defectos sensoriales, el síncope, la apoplejía, la epilepsia, el edema y la corea. Dice que para descubrir la simulación hay que tener en cuenta las causas del mal, la naturaleza de la enfermedad, la repulsión para los medicamentos, los síntomas comprobados, los accidentes que sobrevienen y las consecuencias de la enfermedad. Estudia el asunto con tanta erudición y detalles, que los autores posteriores no han hecho otra cosa que copiar al gran maestro." (p. 20).

En el siglo XVIII, hubo varios intentos para desarrollar guías de peritaje forense en el ámbito militar, dando lugar al procedimiento a seguir para las exenciones del servicio militar. Los primeros cuadros de exenciones, tanto en España, como en los países de nuestro entorno, recogían únicamente las patologías o deficiencias físicas (Silgo, Bardera, Sánchez y Robles, 2012). De esta época, hay que recordar a varios autores españoles que, según Vallejo Nájera (1939) "ninguno ha tenido la originalidad ni copioso material que el mencionado Cristóbal Perez Herrera, cuyo estudio es muy superior al de Ambrosio Paré, aunque por ser más conocido el último lo hayan aprovechado los novelistas y autores médicos, por ignorancia, como sucede tan frecuentemente, incluso entre nuestros nacionales. Antonio Capdevila, insigne médico y polígrafo valenciano que vivió en Barcelona a principios del siglo XVIII, cita en una obra suya un escrito del que no se encuentran ejemplares, intitulado 'Matemática legal para dar a cada uno lo que es suyo, y a fin de que no se dejen engañar los prácticos', obra que parece referirse a las enfermedades simuladas. El madrileño Francisco Suárez de Ribera, cuyas numerosas obras aparecen editadas entre 1718-1733, al lado de escritos verdaderamente notables y científicos, es autor de otros verdaderamente ridículos, tal el libro titulado 'Cirugía infalible' (Madrid, 1721), en el que se ocupa de los brujos y saludadores que tienen la virtud de curar las enfermedades con el resuello o la vista, entreteniéndose en dar reglas para distinguir los verdaderos de los falsos." (p. 20-21) y continúa el mismo autor "... merecen mencionarse dos lecciones pronunciadas en la Academia de Medicina y otras Ciencias de Sevilla, por el doctor don Valentín González Centeno, publicadas en 1783" (p. 21).

Hacia finales del siglo XVIII y durante el XIX, se publicaron numerosas obras sobre la simulación bajo las firmas de (Gisbert, 1998): Belloc, Stier, Golbert, Marc, Fodere, Souville, Borie, Fallot, Kirchoff, Marshall, Devergié, Orfila, Taylor, Bernard. En España, autores como Merino Delgado (1851), clasificaron las enfermedades simuladas en supuestas, provocadas e imitadas, o distinguieron entre sintomatología dudosa, probable o decisiva (Arguello, 1852) -como los tumores, que no se podían simular-. Según Lozano et al. (2006a), la obra más completa fue la de Díaz Alcrudo de 1850, que establecía dos tipos de simuladores: El que conscientemente engaña diciendo que padece una enfermedad que no tiene (simuladores) u oculta la que padece (disimuladores); y la simulación patológica propia de algunas patologías mentales -Este trabajo ya destacaba la "intencionalidad" de la conducta, que se incluirá en el DSM-II (APA, 1968) y se planteará como diagnóstico diferencial a partir del DSM-III (APA, 1980), para diferenciar entre la neurosis histérica de conversión y la simulación-. La simulación de los militares fue tratada por autores como Berdos (1835), Pastor (1865), Navarro y Ortiz (1894), o Miguel Slocker (1896) médico militar cuyo *Tratado de las enfermedades simuladas y medios de conocerlas* sirvió de guía a los médicos militares de su época y posteriores (Vallejo Nájera, 1939).

El siglo XX trajo obras clásicas como las de René Sand, P. Chavigny y Percy-Laurent (Gisbert, 1998). En España, cabe señalar la obra de Larra y Cerezo (1902) con monográficos como *La simulación de hacerse el loco*, autores como Sans (1907) que llegó a revisar 2.281 referencias bibliográficas (Vallejo Nájera, 1939) o al catedrático de psiquiatría y Coronel médico Antonio Vallejo Nájera quien se preocupó insistentemente del tema y publicó, desde finales de los años 20 hasta la década de los 40, cerca de una quincena de obras en relación a la enfermedad simulada, convirtiéndose en el autor más destacado en este campo (Valenzuela Garach, 2001). En concreto, el libro de Vallejo Nájera de 1939 *La Simulación de la Enfermedad* -que ha servido de gran ayuda para la realización de la revisión histórica de esta tesis- plantea muchas cuestiones todavía actuales a comienzos del siglo XXI, mientras aborda la simulación de enfermedad desde cada especialidad médica de su tiempo (aparato digestivo, circulatorio, respiratorio, dermatología, cirugía, oftalmología, etc.), sin olvidarse, tampoco, de la

disimulación de enfermedad. Se puede decir que esta obra es una guía de detección de enfermedades físicas simuladas, así como una fuente de inspiración para los que quieran defraudar.

### **1.5.3. Manuales de diagnóstico psiquiátrico y criterios de simulación**

En las dos primeras versiones del DSM no se describe la simulación y sólo aparece tangencialmente. De hecho, en el DSM-I (APA, 1952) la simulación simplemente se cita (*simulation* y *malingering*) en el Apéndice C de "Términos Suplementarios, Lista parcial" (p. 121) que, a su vez, era una reimpresión de la Cuarta Edición de la Nomenclatura Estándar de Enfermedades y Operaciones (AMA, 1952). En el DSM-II (APA, 1968) la simulación está encuadrada en el apartado de las Neurosis, recomendando diferenciarla de la Neurosis Histórica de Conversión (p. 40) y especificando el carácter consciente de la simulación frente al cuadro mencionado. Habrá que esperar al DSM-III (APA, 1980) para que la simulación quede descrita prácticamente como se hace en los manuales actuales.

En el capítulo de "problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica" de la cuarta versión DSM (DSM-IV; APA, 1994) y en la cuarta revisada (DSM-IV-TR; APA, 2000) se describe la simulación como "la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas. Y se añade que bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: Por ejemplo, fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra. Además, se añaden cuatro situaciones en las que debe sospecharse simulación: 1. Presentación en un contexto médico-legal; 2. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica; 3. Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito; y 4. Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad". El diagnóstico diferencial en el DSM-IV-TR se realiza con el trastorno facticio y los trastornos somatomorfos. La diferencia principal entre



éstos, es la obvia ganancia externa en la simulación, frente a la ganancia intrapsíquica del trastorno facticio. También la intencionalidad en la producción de signos y síntomas los discrimina, siendo los trastornos somatomorfos los únicos en los que no existe intención.

En el DSM-5 (APA, 2013) no hay variaciones en el planteamiento que se hace de la simulación desde la versión DSM-III (1980). Se vuelve a encuadrar en el apartado de "otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica" en dónde se especifica, literalmente, que los problemas que se citan en ese capítulo no son trastornos mentales y se incluyen en el manual para llamar la atención sobre la diversidad de problemas adicionales que se pueden encontrar en la práctica clínica rutinaria. Por lo que, en treinta y tres años, el DSM-5 no ha evolucionado en el abordaje de este constructo, renunciando, según Berry y Nelson (2010) a la modernización de los criterios clasificatorios de la simulación e ignorando, también, más de treinta años de investigaciones. Esto supone una omisión de las prácticas basadas en la evidencia y un fomento de las prácticas intuitivas, subjetivas e infundadas.

Al igual que en la clasificación de la APA a partir del DSM-III, en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10; OMS, 1992) sobre los Trastornos Mentales y del Comportamiento, la simulación no está situada en las categorías principales y aparece en el capítulo XXI "factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud", clasificándose bajo el código Z76.5 "enfermos fingidos (simuladores conscientes)". Sin embargo, su definición se da en el apartado F68 de los "trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto" y, en concreto, en el epígrafe F68.1 "Producción intencionada o fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas (trastorno ficticio)" como "La producción intencional o el fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas motivadas por incentivos o estrés externo". Los motivos externos más frecuentes de simulación propuestos en la CIE-10 son similares a los formulados en el DSM-IV-TR. En cuanto a las situaciones de sospecha, la CIE-10 señala los "ambientes legales y militares" como "frecuentes" y la "vida civil ordinaria" como "poco frecuentes. Por último, el diagnóstico diferencial se haría con el trastorno ficticio.

La Tabla 1.6 compara los criterios diagnósticos de la simulación propuestos por la APA (2000 y 2013) y la OMS (1992).

**Tabla 1.6**  
**Criterios diagnósticos de simulación según DSM y CIE**

<b>CRITERIO</b>	<b>CIE (Z76.5)</b>	<b>DSM (Z76.5)</b>
<b>1. Intencionalidad</b>	Si	Si
<b>2. Evitar obligaciones</b>	Si, p. ej.: No realizar Servicio Militar o evitar deberes militares peligrosos	Si, p. ej.: No realizar Servicio Militar
<b>3. Obtener compensaciones</b>	Si	Si
<b>4. Conducta adaptativa</b>	Si, p. ej.: Situaciones de estrés externo	Si, p. ej.: Estar cautivo del enemigo en tiempos de guerra
<b>5. Frecuente en ambientes médico-forenses</b>	Si	Si
<b>6. Frecuente en ambientes militares</b>	Si	No
<b>7. Poco frecuente vida civil ordinaria</b>	Si	No
<b>8. Discrepancia entre el estrés y los síntomas</b>	No	Si
<b>9. No cooperación</b>	No	Si
<b>10. Trastorno Antisocial</b>	No	Si

### **1.6. Críticas a los criterios de simulación propuestos por los principales manuales de diagnóstico psiquiátrico**

A pesar de los esfuerzos por operativizar la simulación en los principales manuales diagnósticos, según González Ordi, Capilla y Matalobos Veiga (2008), los criterios propuestos no son suficientes. Por su parte, Rogers (1990a), Cunniën (1997), Hutchinson (2001), Gerson (2002) y Hall y Poirier (2000a) señalan la difícil aplicación de los criterios de simulación formulados en dichos manuales por ser éstos inadecuados, imprecisos, poco fiables o limitados pudiendo llegar, según Rogers (1990a) a incrementar en

un 80% el diagnóstico de falsos positivos si dichos criterios se emplean aisladamente.

En el estudio ya clásico de Rogers (1990b) sobre la clasificación de sujetos simuladores y honestos según los criterios DSM, se obtuvo una tasa de verdaderos positivos de entre un 13,6% y 20,1% y de falsos positivos de entre 79,9% y 86,4%, demostrándose que los criterios de este manual se han elaborado sin base empírica. Por tanto, y tal y como apuntan González Ordi, Santamaría y Capilla, (2012), la investigación empírica de los últimos treinta años demuestra que los criterios de simulación propuestos en los principales manuales de diagnóstico representan serios inconvenientes.

Como se muestra a continuación, los criterios de clasificación de la simulación defendidos por las clasificaciones DSM y CIE se han puesto en entredicho.

### **1.6.1. La simulación como constructo dimensional versus categorial**

La clasificación categorial de los trastornos mentales planteada en los principales manuales de diagnóstico ha sido muy debatida en la literatura científica (p. ej. Widiger, 1992; Brown y Barlow, 2005), planteándose clasificaciones dimensionales -o cuantitativas- como alternativa o, al menos, como criterio adicional al modelo dicotómico dominante en la actualidad.

A pesar de que las evidencias demuestran que la simulación no es un constructo categorial sino dimensional (Green, 2008; Walters, Rogers, Berry, Miller, Duncan, McCusker, et al. 2008; Walters, Berry, Rogers, Payne y Granacher, 2009; Walters, Berry, Lanyon y Murphy, 2009), ambos manuales siguen manteniendo la clasificación de la simulación en términos de presencia/ ausencia. Sin embargo, como indican González Ordi, Santamaría y Capilla (2012), la simulación no es dicotómica y su diagnóstico debe hacerse en términos de grados de certeza porque hay diferencias en la calidad de las conductas simuladoras, en la concreción (p. ej. mantener una baja laboral) o generalización de dicha conducta (p. ej. asumir el rol de enfermo para evitar deberes) y hay patologías más fáciles de simular y otras más difíciles.

No obstante, Rogers (1998b) y Rogers y Neumann (2003) también han expresado su desconfianza hacia la clasificación dimensional de la simulación, debido a que en la mayoría de los instrumentos psicológicos la simulación se puede excluir completamente en muy pocos casos clínicos. Por ejemplo, Shea, McKee, Craig-Shea y Culley (1996) encontraron que sólo un 7.8% de los hombres acusados en prisión preventiva daban puntuaciones bajas en la escala F del MMPI-2 (escala que mide infrecuencia, confusión, desorganización o exageración de síntomas). Así, según Rogers y Neumann (2003), los evaluadores deben considerar las consecuencias de hacer clasificaciones en base a probabilidades porque, por ejemplo, un 20% de simulación estimada podría arruinar la defensa de una persona con psicopatología real.

### **1.6.2. Clasificación confusa de la simulación en la CIE-10**

La OMS (1992) define la simulación (código Z76.5) en el apartado del trastorno ficticio (código F68.1). Se sobre entiende -porque no se dice literalmente así- que es para diferenciar la conducta "enferma" y "oscura" que busca asumir el "papel de enfermo" (F68.1) de la simulación (Z76.5). La palabra "simulación", además, se emplea en el mismo párrafo que describe la conducta enferma (primer párrafo del código F68.1; OMS, 1992) y a partir del tercer párrafo del mismo código F68.1 se describe y se dan los criterios de la simulación, sin hacer referencia explícita a -y dejándolo al libre albedrío- que se debe hacer diagnóstico diferencial entre ambas categorías.

### **1.6.3. Patrón variable de simulación en distintos contextos**

Como ha demostrado la literatura científica desde hace décadas, la tasa de incidencia de simulación varía en función del contexto que se analice (Rogers et al., 1998; Rogers, 2008a) y es tan frecuente en contextos forenses como clínicos (p. ej. Rogers, Duncan y Sewell, 1994; Rogers et al., 1998; Mittenberg et al., 2002; Van Egmond y Kummeling, 2002; Van Egmond, Kummeling y Balkom, 2005; Capilla, González Ordi y Santamaría

2009; Santamaría, Capilla y González Ordi, 2013; Lande y Williams, 2013; *Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a).

Por lo tanto, aun pudiéndose observar que, en comparación con otras situaciones -servicios de atención primaria, servicios hospitalarios, clínicas privadas, riesgos laborales, etc.-, el ámbito medicolegal es el de mayor incidencia y el que representa un problema de mayor calado socioeconómico (González Ordi, Santamaría y Capilla, 2012), no se justifica que no se deba sospechar simulación en otros contextos.

#### **1.6.4. Fomento de apreciaciones subjetivas del profesional evaluador**

Atribuir intencionalidad (criterio 1 de la Tabla 1.6) a una conducta puede resultar una actividad subjetiva del evaluador (González Ordi, Santamaría y Capilla, 2012), que poco tenga que ver con la intención real del sujeto evaluado. Lo mismo ocurre con la evitación de obligaciones, la obtención de incentivos o la conducta adaptativa (criterios 2, 3 y 4 de la Tabla 1.6); con la discrepancia acusada entre el estrés y la alteración descritos o los datos objetivos de la exploración médica; y la falta de cooperación durante la evaluación o el cumplimiento terapéutico (criterios 8 y 9 de la Tabla 1.6).

De estos seis criterios, cinco (criterios 1, 2, 3, 8 y 9 de la Tabla 1.6) no se pueden evaluar objetivamente mediante instrumentos, por lo que se intentarán averiguar en una entrevista, conllevando esto que el profesional realice sus propias inferencias y atribuciones causales. Por ejemplo, el incumplimiento de tratamiento médico (criterio 3 de la clasificación de simulación y diagnóstico único con el código Z91.19) puede ser causa de un empeoramiento autopercebido, de los efectos secundarios, del coste del tratamiento, de opiniones personales –según el propio manual de la APA (2013)- o del miedo al estigma, problemas de autoestigma, así como de falta de confianza en este tipo de tratamientos psicofarmacológicos.

El único criterio de éstos seis que puede ser más o menos objetivable es el que hace referencia a la medición de los trastornos de adaptativos (criterio 4 de la Tabla 1.6) que podría evaluarse mediante instrumentos

psicológicos, discriminando entre simulación adaptativa versus trastorno adaptativo. Sin embargo, los manuales de diagnóstico psiquiátrico no hacen un planteamiento objetivo de este criterio, dejándolo en manos de la subjetividad del evaluador.

El problema fundamental que subyace a la subjetividad de la evaluación de la simulación tiene que ver con las limitaciones que han tenido los profesionales de la salud mental para objetivar los criterios diagnósticos. Hoy por hoy, lo que se denomina "exploración médica objetiva" en el área de la salud mental no orgánica, hace referencia a instrumentos de medida psicológicos, que pueden entrar en competencia con las apreciaciones psiquiátricas basadas en la entrevista y en el ojo clínico.

Iancu et al. (2003) señalan que los médicos de medicina general observan más simulación en soldados israelíes que los profesionales de salud mental. Los mismos autores, indican que los evaluadores que estiman una mayor tasa de simulación en el ámbito militar, lo hacen también en el civil. Por tanto, parece que las clasificaciones que hacen los profesionales de la salud no dependen de criterios objetivos. Puesto que los criterios clínicos no son suficientes para detectar simulación, Bass y Halligan (2014) plantean la necesidad de que los médicos reciban la formación adecuada para poder entender el marco de trabajo conceptual de la simulación y el manejo de estos pacientes.

#### **1.6.5. La simulación no se asocia a un patrón estable de personalidad**

Drob, Meehan y Waxman (2009) han señalado que la simulación es el resultado de un contexto, por lo que no representa un conjunto de características duradero y estable. Tampoco se considera un trastorno mental, ni una enfermedad psiquiátrica (Leamon, Feldman y Scott, 2005). Sin embargo, si se mantiene en los manuales diagnósticos la visión psicopática de la simulación, a pesar de que diversos estudios han encontrado que los rasgos antisociales son un criterio poco específico y apenas útil en la detección de simulación (p.ej. Kucharski et al., 2006) o han demostrado la falta de evidencia empírica a favor de que el trastorno de la

personalidad antisocial sea un indicador de simulación (Rogers, 1990b; Rogers, Gillis y Bagby, 1990; Rogers y Cruise, 2000; Poythress, Edens y Watkins, 2001; Lilienfeld y Fowler, 2006; Kucharski et al., 2006; Rogers, 2008b; Vitacco, 2008; Pierson et al., 2011; Demakis et al., 2014; Niesten et al., 2015).

#### **1.6.6. La simulación no se relaciona con la evitación del riesgo**

Entre las motivaciones adaptativas descritas por los principales manuales clasificatorios para fingir enfermedades están el estrés externo (OMS, 1992), ser prisionero de guerra (APA, 2000 y 2013), evitar el servicio militar (OMS, 1992; APA, 2000 y 2013) o deberes militares peligrosos (OMS, 1992). Todas estas situaciones tienen en común cierto grado de estrés para el sujeto. En este sentido, es curioso que existiendo un abanico inmenso de situaciones estresantes, los manuales de referencia sólo mencionen las relacionadas con el ejército y la guerra. Esta asociación de la simulación con situaciones de estrés “externo”, puede fomentar prejuicios y estereotipos en las profesiones asociadas a altos niveles de riesgos físicos y psicosociales (p. ej. militares, policías, guardias civiles, bomberos) y animar, así, a hacer clasificaciones erróneas tipo falsos positivos. Por ejemplo, los trastornos adaptativos son comunes entre los reclutas (p. ej. *Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013b; *Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013c) que se enfrentan a situaciones nuevas de estrés –para las que deben o desarrollar estrategias de afrontamiento o causar baja-. El *burnout* también se ha relacionado en distintos estudios con muestras militares (p. ej. De la Fe Rodríguez, Osca Segovia y Peiró, 2006; Chambel y Oliveira Cruz, 2007), así como en policías y bomberos (Maslach, 1993).

Reducir el estrés ocupacional a “externo” y a, se sobreentiende que, “interno”, parece algo reduccionista teniendo en cuenta que la percepción del estrés es subjetiva -y por tanto siempre es interna-; que el estrés tiene una larga tradición de estudio en la comunidad científica; que a estas alturas, hay demostrados modelos de estrés, como puede ser el de Demandas- Control (p. ej. Karasek, 1979; Van del Doef y Maes, 1999); y que los estresores laborales en militares han sido analizados en distintos estudios (p. ej. Jex y

Bliese, 1999; Bliese y Britt, 2001). Pero nada de esto se contempla en los manuales. En este sentido, se ha señalado (Bliese y Jex, 1999) que por definición el estrés laboral se explica por diferentes factores personales y contextuales y que cuando los grupos se exponen a factores contextuales similares, sus percepciones y respuestas al entorno son parecidas. Por tanto, el criterio DSM o CIE de la simulación como respuesta adaptativa, omite variables –individuales y grupales– que pueden ser relevantes en la predicción de la simulación o en su diagnóstico diferencial, como son las variables predictoras del estrés o las variables individuales y grupales moduladoras y mediadoras de la salud y la enfermedad.

Por otra parte, no hay evidencias empíricas para afirmar que los profesionales –que voluntariamente eligieron una profesión de riesgo– sometidos a condiciones de “estrés externo” reaccionen simulando más que los profesionales que, según estos manuales, no tienen ese tipo de estrés en sus trabajos. En este sentido, trabajadores estresados en puestos que, según el evaluador, no impliquen estrés, podrían ser clasificados como falsos negativos.

Respecto a la “evitación de deberes militares peligrosos” (OMS, 1992), Peterson, Park y Castro (2011) señalan que la dureza de esta profesión con respecto a otras no radica tanto en el peligro como en las variables psicosociales asociadas a la profesión. Por lo tanto, no solo no se ha demostrado que la variable peligro de esta profesión se relacione con el aumento de la simulación, sino que los datos demuestran otra realidad. En el estudio del *Armed Forces Health Surveillance Center* (2013a) se manifiesta que las guerras pueden no estar tan asociadas con la simulación como se postula en los manuales diagnósticos, porque tanto la tasa de simulación más baja (año 1998) como la más alta (año 2000), se dieron en los años previos a las guerras de Irak y Afganistán. En los años de guerra, además, la tasa de simulación se mantuvo en niveles muy bajos en el personal desplegado y más bajos todavía que la del personal que estaba en territorio nacional.

Por último, el prototipo de simulador/a elaborado en contextos laborales civiles no correlaciona con el estrés, sino con personas de mediana edad, con trabajos poco estimulantes y bajos o moderados ingresos



(Santamaría, Capilla y González Ordi, 2013) y, en militares, con soldados -y, por tanto, con pocos ingresos-, con contratos temporales, menores de 25 años, solteros, con bajo nivel de estudios y destinados en territorio nacional (*Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a). Este último estudio señala que estar en operaciones bélicas -y, por tanto, estar sometido a más estrés "externo"- no correlaciona con la simulación, ni la causa.

### **1.6.7. La omisión a la disimulación de trastorno mental**

Los patrones de respuesta distorsionados no sólo hacen referencia al fingimiento de síntomas. La presencia de psicopatología también se puede ocultar. Los patrones de "buena imagen", estilos de respuesta infra-dimensionados, defensividad, deseabilidad social o disimulación (*faking-good*), aparecen cuando el sujeto pretende presentar una impresión favorable de sí mismo, ocultando síntomas o desajustes y destacando sus características positivas (Baer, Rinaldo y Berry, 2003). Dice Gisbert (1998) que, aunque a primera vista simulación y disimulación puedan parecer actos contrapuestos, son actos idénticos, porque en ambos interviene la conciencia, requieren la intervención activa de la voluntad y tienen como finalidad el engaño.

Los patrones de disimulación no siempre son controlados de manera voluntaria por los sujetos. Paulhus (2002) entiende que dentro de la deseabilidad social se encuentran dos dimensiones: el manejo de impresiones y el auto-engaño. El manejo de impresiones indica una tendencia a manejar intencionalmente la imagen pública, mientras el auto-engaño se refiere a la tendencia no intencionada a mostrarse de forma favorable. Por tanto, la disimulación de enfermedad presentada en este apartado, a la que se refiere Gistbert (1998) y se incluyó en la Tabla 1.2, se corresponde con el manejo de impresiones de Paulhus (2002).

Teniendo en cuenta la trascendencia que tiene -de cara a los riesgos laborales y a las medidas de protección de los trabajadores- clasificar en criterios saludables a personas que realmente presentan psicopatología, llama la atención que este aspecto de la distorsión de imagen de los

evaluados no se haya contemplado nunca en los principales manuales de diagnóstico, más aún cuando el otro patrón de distorsión intencional de respuesta, la simulación, sí figura. Si el DSM-5 (APA, 2013) incluye la simulación, es porque considera que los profesionales deben prestar atención a la posible presencia de este patrón en sus reconocimientos o evaluaciones. Al omitir la disimulación de las evaluaciones psiquiátricas se puede interpretar, bien que la APA ignora o rechaza que este patrón pueda darse, bien que los profesionales de la salud mental no deben prestar atención a la presencia de este patrón o bien que dicho patrón no es relevante en las evaluaciones. Sin embargo, parece una negligencia el hecho de colocar a un trabajador en un puesto para el que no es idóneo y exponerle, por tanto, a riesgos para los que no está preparado, en lugar de protegerle y velar por la seguridad de su puesto, su unidad, sus compañeros y la organización. En el siguiente capítulo se tratará este asunto.

#### **1.6.8. Fomento de prejuicios y estereotipos hacia los contextos militares**

En los principales manuales de referencia para los profesionales de la salud mental se presenta el contexto militar (en general) como propenso a la aparición de patrones de simulación de enfermedad. El DSM desde su tercera versión (DSM-III) hasta la actual (DSM-5) y la CIE-10 señalan los motivos externos en los que se debe sospechar que hay simulación. Entre ellos se encuentra “no realizar el servicio militar” (DSM-5) y “evitar el reclutamiento o deberes militares peligrosos” (CIE-10). Sin embargo, distintos autores han mostrado evidencias que contradicen este criterio (p. ej. Read, 1920; Gallant, 1931; Fribourg-Blanc y Gauthier, 1935; Vallejo Nájera, 1939; Harris, 1944; Watson, 1982; Vautier et al., 2010; Lande y Williams, 2013; *Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a; Secretaría General Técnica, 2003- 2013).

Determinadas variables podrían repercutir en el descenso o aumento de patología simulada que no se mencionan en estos manuales. Por ejemplo, cuando los ejércitos son profesionales y ser militar es una elección, o cuando los valores socioculturales de un país estiman positivamente el reclutamiento militar. En tiempos de guerra, las características de ésta (p.ej. los motivos

geopolíticos que la originaron), la aprobación popular que reciba, el lugar en el que se desarrolle el combate (en territorio nacional si es una guerra civil, en zona enemiga, en territorio nacional, en territorio extranjero), o tener conocimiento de bajas propias, podrían influir en las motivaciones que se esconden tras la simulación. Por ejemplo, la Guerra de Vietnam fue especialmente traumatizante, entre otras razones, porque era una guerra impopular, tenía un pobre liderazgo, una baja moral y las atrocidades eran frecuentes (McNally, 2007).

Cuando el servicio militar es obligatorio, se puede esperar que los cuadros médicos simulados aparezcan en las fases iniciales de reclutamiento. Sin embargo, cuando ser militar es una profesión voluntaria, a la que se accede a través de un proceso de selección competitivo, el único patrón voluntario de distorsión de la imagen que podría aparecer en fases iniciales de selección de personal, sería el de la disimulación de psicopatología. Una vez ingresados los sujetos a las FAS, las mayores tasas de simulación se registran en los reclutas menores de 25 años -aunque sobre todo en los menores de 20-, con pocos ingresos y con contratos temporales (*Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a). Al profesionalizarse el trabajo militar, este podría asemejarse a otras profesiones de la Administración Pública, aunque con algunas excepciones que son típicas del entorno castrense:

- La primera excepción, se desencadena cuando militares con una relación de servicios de carácter temporal con la Administración quieren finalizar el contrato-compromiso laboral con el Ministerio de Defensa. Puesto que en este contexto la ruptura del contrato no es unilateral, el militar temporal debe solicitar y argumentar una serie de motivos justificados (Artículo 118 de la Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la Carrera Militar) que, de no cumplirse, podrían conducir al soldado a tres tipos de situaciones (las dos primeras se pueden dar juntas o por separado): Una relacionada con la aparición de problemas desadaptativos; otra lo está con el abandono de destino o residencia (penado por los artículos 119 y 119bis del Código Penal Militar; CPM; Ley Orgánica 13/1985, de 9 de diciembre, del Código Penal Militar), la desertión (penada por el artículo 120 CPM), el quebrantamiento especial del deber de presencia (tipificado en el artículo

123 CPM), la cobardía (recogida en el artículo 110 CMP) o la deslealtad (castigada por el artículo 110 CPM) y con el consecuente agravamiento de la situación y la aparición o acentuación de la sintomatología; y, la última, se relaciona con una estrategia de afrontamiento adaptativa, instrumentalizando lo psicopatológico mediante la simulación y así conseguir la baja definitiva.

- Puesto que la salud física y mental de los militares es crucial para desempeñar sus cometidos (entre otros el uso de armas), el Real Decreto 944/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la Determinación de la Aptitud Psicofísica, establece cómo debe hacerse el seguimiento de la salud del personal militar a través de los reconocimientos médicos y psicológicos periódicos y no periódicos. Estos reconocimientos, podrían ser susceptibles de manipulación por parte de un militar que quisiera causar baja.
- Otra situación excepcional sería la del militar que, sin querer causar baja y por evitar el cumplimiento de algunas de sus obligaciones (p. ej. guardias, maniobras, ejercicios, despliegues) o para sobrellevar situaciones de riesgo psicosocial asociados a la profesión (p. ej. comisiones o destinos forzosos, conciliación familiar, problemas económicos, problemas de relaciones en el entorno laboral), recurra a la simulación. Así como el personal que estando en una operación internacional desee volver a territorio nacional antes de lo previsto.
- Por último, la simulación en contextos militares puede ser una estrategia de afrontamiento para resolver un conflicto de rol –p. ej. conflicto entre ética personal y actividades profesionales, o un conflicto entre la conciliación de la vida laboral y personal-; afrontar un dilema moral –p. ej. dilema del prisionero-; o hacer frente a la desprotección laboral a consecuencia del artículo 28 de la Constitución Española (1978) y el 7.2. de la Ley Orgánica 9/2011, de 27 de julio, de derechos y deberes de los miembros de las FAS, a consecuencia de las cuales la única opción de defensa es la vía de la judicial (y esta es cara en proporción a sus salarios, demorada en el tiempo y sujeta al orden establecido).

Aunque en el entorno castrense existan estas excepciones, la segunda y la tercera podrían ser similares en trabajos civiles, mientras que la primera

y la cuarta son exclusivas de los trabajadores militares. Todavía no se ha demostrado que alguna de estas condiciones correlacionen con la simulación ni que se encuentre más simulación en estas situaciones que en otras profesiones civiles. Por otra parte, en las profesiones civiles pueden darse circunstancias o situaciones de sospecha de simulación y, sin embargo, estas no se contemplan en los citados manuales. Cuando en la CIE-10 se proponen como situaciones de sospecha "frecuentes" los "ambientes militares" y "poco frecuentes la vida civil ordinaria", no se están teniendo en cuenta las características del contexto, comparándose una situación laboral (militar) con una no laboral (civil).

En este sentido, la vida civil ordinaria, en sí misma, puede ser muy poco frecuente que aparezca un sujeto simulador. Pero, en la vida laboral civil ordinaria podría aparecer una persona sospechosa de simular con la misma frecuencia que en la vida laboral militar ordinaria. La clave no debe de radicar en ser militar o civil, sino en la situación concreta de un determinado contexto laboral. Este criterio CIE-10 conduce a plantear que la frecuencia de aparición de la simulación en el abanico posible de sectores profesionales, convenios laborales o tipos de contratación, es un criterio que debiera recibir más atención.

En conclusión, la determinación tanto en el DSM como en la CIE de destacar específicamente los entornos militares como frecuentes en la aparición de simulación, no está fundamentada en criterios basados en la evidencia. En primer lugar, los manuales diagnósticos tratan lo militar como un todo sin excepciones, tal y como se habría hecho antiguamente cuando los soldados se alistaban para, o eran obligados a, combatir en una guerra. Sin embargo, ahora, los militares de muchos países son profesionales. Seguramente, este sesgo tiene relación con el hecho de que la historia de la simulación está repleta de connotaciones militares (como se explica en este capítulo y en el siguiente).

En segundo lugar, parece que los ejércitos no han contabilizado las bajas simuladas y, si lo han hecho, esta información no ha sido publicada. Por lo tanto, en contra de la manifestación que hacen ambos manuales de consulta, era imposible saber si los entornos militares correlacionaban

positivamente con la simulación en comparación con otros sectores laborales. Así, ese criterio se ha establecido en base a la tradición histórica y los estereotipos, no en fuentes empíricas.

En tercer lugar, en ambos manuales se menciona evitar el reclutamiento o el servicio militar como motivos de sospecha. Sin embargo, aunque en la actualidad hay países en los que el servicio militar es obligatorio, los hay también en los que ser militar es una profesión voluntaria. Contemplar el criterio obligatoriedad/voluntariedad del reclutamiento militar parece un factor clave que no se está considerando.

En cuarto lugar, el contexto militar es un entorno laboral y, como tal, debería recogerse en los manuales diagnósticos. Por ello, hasta que no se investigue la prevalencia de la simulación en los distintos ámbitos profesionales teniendo en cuenta tipos de sectores (público/ privado), tipos de contratación (temporal/ fijo), nivel de estudios, salario, edad, sexo, nivel de responsabilidad en el puesto de trabajo, etc. lo recomendable sería dejar de etiquetar los contextos militares como propensos para la simulación.

En quinto lugar, se da por hecho en estos manuales que es la variable “peligro” o “estrés” la que causa un gran porcentaje de simuladores en los ejércitos. Sin embargo, esta afirmación es simplista y omite que pueden existir una multitud de agentes causales en la simulación de los militares (al igual que en otros profesionales). De hecho, si la “evitación del peligro” fuera la explicación a la simulación, entonces habría que incluir otras profesiones consideradas de riesgo en esta clasificación. Por otra parte, se ha demostrado (*Armed Forces Health Surveillance Center, 2013a*) que es falso que los conflictos bélicos correlacionen con altas tasas de simulación.

Por último, en los manuales de diagnóstico no se describen patrones de simulación asociados a perfiles. Sin embargo, datos empíricos señalan que la simulación es más prevalente en unos perfiles profesionales que en otros. Por ejemplo, en entornos militares, el perfil prototípico es (*Armed Forces Health Surveillance Center, 2013a*) el de soldados con contratos temporales; menores de 25 años, aunque sobre todo los menores de 20; solteros; con bajo nivel de estudios; del Ejército de Tierra; en puestos de transporte acorazado, seguido de personal de combate de infantería, artillería,

zapadores o transmisiones/ inteligencia. Además, la simulación se dio más en territorio nacional (0,04%) en consultas ambulatorias (0,03%) o pacientes hospitalizados (0,003%) que en operaciones (0,001%).

#### **1.6.9. La simulación del Prisionero de Guerra según el Derecho de los Conflictos Armados y el III Convenio de Ginebra**

A pesar del modelo criminológico empleado en la clasificación de la simulación del DSM-IV-TR (APA, 2000), éste manual (y su versión posterior) añaden una situación en la que simular puede ser adaptativo: "Bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: por ejemplo, fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra".

Dos casos reales de este tipo de simulación adaptativa, fueron descritos por Cappucci y Flemming (1994). Según estos autores, dos prisioneros de guerra de la Guardia Republicana Iraquí fueron tomados por tropas de los Estados Unidos en la frontera Kuwait- Arabia Saudí, durante la Operación Tormenta del Desierto (2 de agosto 1990- 28 de febrero 1991). Estos autores cuentan que uno de los prisioneros era un oficial médico de alto empleo que se quejaba de dolores en el cuerpo, escalofríos y de la necesidad de dormir. Sin embargo, tras una siesta de dos horas, demandó una habitación independiente y una comida completa. El otro oficial de menor empleo fue llevado a una camilla porque aseguraba que no podía caminar ni estar de pie pero un rato después se le vio caminando por la tienda para coger un paquete de cigarrillos.

Aunque los prisioneros de guerra (POW; siglas en inglés de Prisoner of War) puedan reaccionar simulando para adaptarse a la situación de riesgo, en la actualidad, estas reacciones en tiempos de guerra no deberían acarrear más beneficios que en tiempos de paz. Esto se regula en los convenios internacionales. Desde el III Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los Prisioneros de Guerra, tanto los prisioneros enfermos como los que estén en perfecto estado de salud deben recibir el mismo trato.

En el artículo 13 del III Convenio de Ginebra (1949) "se prohíbe todo acto ilícito o toda omisión ilícita, por parte de la potencia detenedora, que comporte la muerte o ponga en grave peligro la salud de un POW". Por su parte, el artículo 16 dispone que "habida cuenta de las prescripciones del presente Convenio relativas al grado así como al sexo, y bajo reserva de cualquier trato privilegiado que pueda concederse a los prisioneros a causa del estado de su salud, de su edad o de sus aptitudes profesionales, todos los cautivos deberán ser tratados de la misma manera por la Potencia en cuyo poder se encuentren, sin distingo alguno de carácter desfavorable, de raza, de nacionalidad, de religión, de opiniones políticas, o de cualquier otro criterio análogo".

Además, el Derecho Internacional de los Conflictos Armados -también conocido como el Derecho de la Guerra-, profundiza en esta visión de la simulación en tiempos de guerra, discriminando entre un tipo de simulación lícita y otra ilícita. Se entiende por "estratagema" un método lícito que combina la astucia y el engaño para inducir a error al enemigo haciéndole cometer imprudencias o decisiones equivocadas. Sin embargo, existen métodos de decepción prohibidos que constituyen "perfidia" cuando se apela a la buena fe del adversario al cometer un acto hostil bajo la cobertura de una protección legal. Son ejemplos de "estratagemas" las operaciones simuladas, el enmascaramiento, las añagazas y las informaciones falsas. Entre las medidas de decepción consideradas "pérfidas" se encuentra, entre otras, simular una incapacidad por heridas o enfermedad si con ello se pretende matar, herir o capturar al enemigo.

De este modo, simular enfermedad en una guerra al ser tomado prisionero no es tan sencillo como podría parecer. Además, en caso de que se finja a modo de estratagema se debe hacer teniendo en cuenta, no sólo el Derecho Internacional Humanitario, sino el propio Código Penal.

El Código Penal español (1995) castiga, entre otras acciones u omisiones, realizar u ordenar realizar cualesquiera otras infracciones o actos contrarios a las prescripciones de los Tratados internacionales en los que España fuere parte y relativos a la conducción de las hostilidades, protección de los heridos, enfermos y náufragos, trato a los prisioneros de guerra,



protección de las personas civiles y protección de los bienes culturales en caso de conflicto armado.

En conclusión, simular enfermedad cuando se es tomado prisionero en una guerra, no debería traer importantes ventajas, salvo las que se pudieran derivar de la propia enfermedad (si es que cabe entenderlo así). En esta situación, los beneficios como consecuencia de simular no irían más allá de evitar trabajos (situación similar en tiempos de paz) o ser controlado por las listas de inspección.

#### **1.6.10. Conflicto de rol en el origen del modelo criminológico de simulación**

Según Vautier et al. (2010), durante el siglo XIX, la simulación se relacionaba con personas frágiles y con dificultades de adaptación, adquiriendo, por tanto, una condición más de síntoma que de engaño. Desde la obra de Freud, se empezó a considerar que los neuróticos en tiempos de paz, en el frente eran soldados que desarrollaban trastornos psicológicos como resultado de una tendencia inconsciente a evitar las exigencias del servicio, a diferencia de los simuladores, que evitaban de manera consciente (Vautier et al., 2010). Para Freud, todos los neuróticos eran simuladores y simulaban sin saberlo, esa era su enfermedad (Eissler, 1992). Lo que se hizo después, fue desarrollar toda una clínica de la simulación, exenta de reflexión y debate, sobre sujetos que sufren trastornos mentales pero que simulan para escapar de sus obligaciones.

En la I Guerra Mundial –y en el período de entre guerras- la simulación pura era poco habitual, sin embargo, los psiquiatras militares franceses la diagnosticaban con frecuencia (Fribourg-Blanc y Gauthier, 1935). Pese a las diferencias planteadas por Freud entre neurosis de guerra y simulación, ambos soldados recibían el mismo tratamiento –eléctrico y doloroso-, pues resultaba eficaz a corto plazo y restablecía la función guerrera, aunque no la salud (Vautier et al., 2010). Esto hizo que el mismo Sigmund Freud denunciara, ante la Comisión para la existencia de felonías de guerra constituida al final de la I Guerra Mundial, que la teoría psicoanalítica se

había utilizado para fines bélicos y que esto ocurría por el conflicto ético y deontológico al que se enfrentaban los psiquiatras militares en esos años (Eissler, 1992).

Años más tarde, Baganz y Strotz (1941) alertaban de que el término *shell shock* (estrés o fatiga de combate), empleado en la Gran Guerra, se estaba empleando en la II Guerra Mundial como sinónimo de simulación y cobardía. Lande y Williams (2013) recuerdan que, durante esta guerra, la ejecución de militares sospechosos de simular estaba regulado y permitido por la Justicia Militar de los Estados Unidos.

De este modo, el conflicto ético al que se enfrentaban los psiquiatras militares por desempeñar funciones incompatibles entre sí -médico versus forense versus militar- (Vautier et al., 2010; Eissler, 1992), unido a la ausencia de criterios objetivos en los que basar sus clasificaciones pero justificadas, éstas, por la asunción de que todos los soldados desadaptados, en realidad, fingían, terminó criminalizando la simulación y los contextos militares. Reflejo de ello es el DSM desde su tercera versión hasta la actual (APA, 1980, 1994, 2000 y 2013).

### **1.7. Conclusiones extraídas de las críticas al DSM y a la CIE y propuestas alternativas**

Tratar la simulación desde la tradición, lo intuitivo o lo estrictamente clínico, ahonda en una visión de la simulación que surgió por el conflicto de rol al que estaba expuesto la psiquiatría en las guerras del siglo XX y que, por ello, ha estado exenta de una reflexión y un debate deontológico (Vautier et al., 2010). Esto ha repercutido negativamente en la visión que se ha mantenido de la simulación y, por tanto, en los sujetos evaluados y en la propia ineficacia del sistema y de la industria forense (médicos, psicólogos, peritos, abogados, jueces, etc.). Primero, porque se estigmatizan ciertas patologías asociadas más fácilmente a la simulación, como por ejemplo las lumbalgias, las cervicalgias o los trastornos mentales. Segundo, porque los trastornos mentales están doblemente estigmatizados -por un lado, existe el miedo a ser sospechoso de simular cuando realmente hay síntomas y, por

otro, existe el miedo a ser rechazado socialmente por presentar psicopatología- (Burnam et al., 2008), lo que repercute en que las personas que sufren un problema de este tipo no busquen ayuda de un especialista o en que las que lo buscan se expongan a las críticas de su entorno laboral. Tercero, porque esa actitud lleva al desconocimiento público acerca de las estimaciones sobre la prevalencia de la simulación. Cuarto, porque la falta de información conduce a una toma de decisiones basadas en creencias ingenuas y no contrastadas, así como en las consecuencias derivadas de un posible conflicto futuro con el paciente, en lugar de hacerse sobre una base sólida confirmada empíricamente. Quinto, porque no se realiza una gestión eficaz de la sanidad acarreando, presumiblemente, un mayor gasto público en salud. Sexto, porque el absentismo de unos pocos simuladores puede generar mayor carga de trabajo para los compañeros así como una cultura - en el entorno laboral- de permisividad o de refuerzo positivo de conductas no éticas, desembocando todo ello, en malestar, insatisfacción y desmotivación. Séptimo, porque se estigmatizan algunas profesiones, como por ejemplo, la militar. Y, por último, porque los principales manuales de consulta para los profesionales de la salud mental no sólo no están ayudando a tomar decisiones basadas en la evidencia, sino que fomentan los estereotipos.

En lo que a los contextos militares se refiere, cabe decir que la simulación en militares merece ser investigada. Los principales manuales de diagnóstico plantean, implícitamente, que hay una correlación positiva o relación causal entre lo militar y bélico y la simulación. Seguramente, esto tiene su explicación en que –como decía Palmer (2006)- la simulación y lo militar han estado siempre muy unidos. Sin embargo, tal y como se expone en este capítulo, dicha relación no sólo no se ha demostrado, sino que se ha evidenciado lo contrario. Recalcando el carácter profesional de los ejércitos contemporáneos, sería necesario hacer perfiles basados en la evidencia de sospecha de simulación incluyendo variables psicosociales y organizacionales. En este sentido, lo mismo habría que hacer para el resto de grupos profesionales.

Además de los criterios de sospecha propuestos por el DSM (APA, 1980, 1994, 2000 y 2013) y la CIE (OMS, 1992), distintos autores han realizado los suyos (p.ej. Yudofsky, citados por Gisbert, 1998; González Ordi,

Capilla y Matalobos Veiga, 2008; González Ordi, Santamaría y Capilla, 2012), mejorando y ampliando los primeros. Puesto que cada enfermedad, trastorno o problema que afecte a la mente requiere una metodología de evaluación y unos indicadores determinados, la tendencia es a emplear indicadores de simulación específicos para cada área o función psicológica afectada. De este modo, existen unos criterios más generales, realizados por distintos autores y no siempre contrastados -pero comúnmente aceptados-, y otros más específicos, de creación reciente y, normalmente, basados evidencias empíricas. Por ejemplo, para los trastornos de ansiedad, González Ordi, Capilla y Casado Morales (2012) han concretado unos indicadores, igual que González Ordi, Capilla, Santamaría y Casado Morales (2012) lo han hecho para el dolor crónico, Capilla y González Ordi (2012) para la fibromialgia, Vilar López (2012) para el daño cerebral traumático o Resnick y Knoll (2008) para la psicosis.

Otros planteamientos alternativos al DSM y la CIE (Berry y Nelson, 2010) recomendaron, de cara a la entonces futura clasificación de la simulación en el DSM-5, que los criterios de clasificación de simulación del DSM-IV-TR se reemplazaran por criterios empíricamente validados. Esto repercutiría, según estos autores, en la modificación del término simulación (*malingering*) por fingimiento (*feigned*) y en la diferenciación entre tres tipos de sintomatologías fingidas: Psiquiátricas, físicas y neuropsicológicas o cognitivas. Además proponían que, en reconocimiento a la naturaleza dimensional de la simulación, se planteara la posibilidad de distinguir entre simulación "leve", "moderada" y "severa". Slick, Sherman e Iverson (1999) y Bianchini, Greve y Glynn (2005) proponen que la clasificación de simulación también se realice en términos de grados de certeza como "definitiva", "probable" y "posible". Sin embargo, los cuatro criterios de sospecha de simulación que sigue proponiendo la APA (2000, 2013) implican juicios subjetivos del profesional, lo que puede conducir a cometer errores de clasificación. Por ello, los criterios que se incluyan deberían estar asociados a instrumentos y pruebas de medida objetivos.

En cuanto a la metodología de evaluación de detección de simulación empíricamente validada, cabe decir que ésta debe abandonar el modelo dicotómico o unidimensional propuesto por la APA (2013) y la OMS (1992)

dirigiéndose, así, hacia una valoración multidimensional (Slick, Sherman e Iverson, 1999), contemplando estrategias multimétodo (Rogers, 2008c), multisistema y multidisciplinar (González Ordi, Capilla, Santamaría y Casado Morales, 2012) y seguir un protocolo estructurado (Capilla y González Ordi, 2009; González Ordi, Santamaría y Capilla, 2012).

Mientras las estadísticas de simulación no se registren por las autoridades competentes, bajo parámetros objetivos y comunes, y valorando, no sólo las variables individuales o sociodemográficas sino las asociadas al contexto organizacional, histórico, sociocultural y comunitario, será difícil conocer el constructo de la simulación (ver capítulo 3). Las afirmaciones realizadas en los manuales de uso y consulta habitual de profesionales de la salud mental abaladas, además, por organizaciones de prestigio como son la OMS y la APA, deberían basarse en datos contrastados empíricamente. Es fundamental que se investigue la simulación de enfermedad desde un enfoque multinivel -menos médico y más psicosocial-, que se registre este constructo en las estadísticas nacionales relacionadas con la salud y el absentismo, que se fomente la investigación en esta área y que se valore este avance en pro de la economía, la salud y el bienestar públicos.

### **1.8. Consideraciones finales**

En el primer capítulo, se comienza definiendo la simulación, enumerando los mitos que tiene asociados y mostrando datos de su prevalencia, destacando que, las evidencias empíricas, contradicen la versión oficial ofrecida por la historia y los principales manuales diagnósticos. Posteriormente, se describe el tratamiento que han hecho y hacen los dos manuales de diagnóstico psiquiátrico -DSM (APA, 2013) y CIE (OMS, 1992)- de este patrón de comportamiento y se defiende la idea de que ninguno de ellos recogen propuestas sólidas y basadas en la evidencia (Rogers, 1990b), sino un conjunto de ideas tradicionales e intuitivas sobre la simulación, concluyendo que ambas clasificaciones deberían adaptarse a la realidad.

Este primer capítulo destaca que los principales manuales de clasificación, empleados por los profesionales de la salud mental, contemplan

–erróneamente según se demuestra– el contexto militar como un criterio que correlaciona positivamente con o causa la simulación. Sin embargo, aunque históricamente la simulación se asociara a la evitación del combate, no se justifica que para los ejércitos profesionales de las sociedades contemporáneas se siga manteniendo algo postulado en el pasado, cuando en las guerras primaba el concepto de “guerra absoluta” (Clausewitz, 1832/2005) o “guerra total” (Ludendorff, 1935/1964) y que, además, no está demostrado en la actualidad. Por otra parte, este sesgo fomenta las clasificaciones tipo falsos positivos en la población militar, suponiendo esto un riesgo laboral para la salud mental de estos trabajadores. Lo mismo ocurre con los estudios, meramente descriptivos, que crean prototipos de simuladores y asocian a las mujeres, con pocos ingresos o personas de unas determinadas edades, con ese patrón. En base a lo anterior, se propone rechazar estas clasificaciones y hacer planteamientos basados en evidencias empíricas.

Las distintas propuestas de mejora y modificación de los criterios actuales de clasificación de la simulación, así como la tendencia a mejorar su evaluación y detección, se resumen en los siguientes puntos:

- Hacer un planteamiento más amplio de los patrones de salud y enfermedad distorsionados, no restringiéndose sólo a la simulación e incluyendo la disimulación.
- Abandonar el modelo dicotómico o unidimensional propuesto por la APA (2013) y la OMS (1992), incluyendo valoraciones multidimensionales (Slick, Sherman e Iverson, 1999), contemplando estrategias multimétodo (Rogers, 2008c), multisistema y multidisciplinarios.
- Adaptar protocolos estructurados de evaluación a patologías específicas y contextos (González Ordi, Santamaría y Capilla, 2012).
- Crear instrumentos de medida específicos (González Ordi, Santamaría y Capilla, 2012).
- Los criterios de clasificación deben ser objetivos y estar claramente definidos.
- Concretar los indicadores generales de la simulación y específicos por patologías.

- Identificar y describir los contextos y las múltiples situaciones en las que estos patrones se presentan.
- Realizar estudios de incidencia y prevalencia.
- Basar los perfiles de simulación en investigaciones multinivel.
- Analizar las variables causales, moduladoras y mediadoras de los patrones distorsionados.
- Diferenciar entre patologías físicas, psicológicas y neurocognitivas distorsionadas (Berry y Nelson, 2010).
- Contemplar la simulación en términos dimensionales –en lugar de categoriales- (Rogers y Neumann, 2003), de tal modo que la presencia de este patrón se podría explicar en términos probabilísticos o grados de simulación distinguiendo, como proponen Berry y Nelson (2010), entre simulación “leve”, “moderada” y “severa”.
- Plantear el diagnóstico final en términos probabilísticos o grados de certeza como son “definitiva”, “probable” y “posible” (Bianchini, Greve y Glynn, 2005).
- Extender y comunicar los avances en el campo de la simulación a otros profesionales implicados, como jueces o profesionales de la salud (González Ordi et al., 2012).
- Ampliar la visión clínica asociada a la simulación y abordarla desde otras perspectivas.

## **Capítulo 2**

### **Simulación de enfermedad en los ejércitos**





## **2.1. Historia, milicia y simulación**

El fraude clínico se ha dado a lo largo de la historia y, como señalaba Vallejo Nájera (1939), es propio de todas las esferas sociales. La Biblia narra un caso de locura simulada en el Libro I de Samuel (21:14, Biblia de Jerusalén). David, escapando de Saúl llegó a Aquis, rey de Gat, del que tuvo miedo y por lo que "se hizo el insensato a sus ojos y se simuló loco entre ellos; tocaba el tambor sobre los batientes de la puerta y dejaba caer la baba sobre su barba".

Hay documentos que recogen casos de simulación con fines políticos y de medro personal ya desde la Atenas y Roma antiguas (Gisbert, 1998). En este sentido, Vallejo Nájera (1939) contaba que: "La astucia política de Solón invítale a presentarse en las calles de Atenas fingiendo un raptus de pérdida de razón para arrastrar al pueblo contra un decreto que juzgaba vergonzoso para la República. El tirano Pisistrato infiere una herida y finge haber sido víctima de un atentado para lograr que se le concediera una guardia que luego sería verdugo del pueblo. Bruto se hace el imbécil para aminorar la desconfianza de Tarquino, y años más tarde confiesa el emperador Claudio que en cierta ocasión le convino pasar por loco. El condestable de Borbón simula hallarse enfermo para abandonar a su rey y pasarse al bando de Carlos V, traición que purifica el hidalgo conde de Benavente quemando el palacio cuyos umbrales holló el traidor. También Francisco I aparenta grave enfermedad cuando quiere facilitar su fuga de la torre de los Lujanes, y el conde de Essex, favorito de Isabel de Inglaterra, para escapar al suplicio. Cuéntase del Papa Pío V, gloria de la Iglesia, que durante el conclave que precedió a su elección fingía tan acentuada senilidad, que todos creían en su próxima muerte, pero que aclamado pontífice, arroja el bastón que sostenía su al parecer decrepito cuerpo, yérguese y este hombre, que dos horas antes apenas podía hablar sin toser, entona el Tedeum con tan potente voz que retiembla la bóveda de la capilla Sixtina." (p. 13-14). El mismo autor describió, además, la simulación con fines altruistas: "Impulsado San Juan de Dios por amor a los pobres, hácese el loco por las calles de Granada y logra que le encierren en la casa de orates, para informarse del trato que reciben los locos y del remedio de su triste suerte." (p.14).

La simulación y lo militar han estado siempre muy relacionados, tan es así, que el origen del término *malingering* (simulación de enfermedad) es originario de los contextos militares (Palmer, 2006). Evitar el combate por parte de guerreros y militares mediante la simulación de enfermedad es una constante en la historia y las causas de exención militar existen desde tiempos romanos, si bien, en caso de guerra, quedaban eliminadas estas posibles eximentes (Massons, 1994). También son de época romana las leyes sobre indemnizaciones en metálico en caso de lesiones.

Probablemente, el pasaje más antiguo sobre simulación y ejército se halla en la célebre locura simulada de Ulises para no ir a la Guerra de Troya (Glueck, 1916; Vallejo Nájera, 1939), descrito por Higino (entre los años 50 d.c. y 207 d.c.; 2009, *versión*), Apolodoro (entre los siglos II y I a.c.; 2010, *versión*), y los Cantos Ciprios -escritos posiblemente entre los siglos IX y VII a.c., en concreto, en el canto XXIV de la Odisea de Homero (2010, *versión*)-. En el Epítome Tercero de la Biblioteca Mitológica de Apolodoro (2010, *versión*) se cuenta como Menelao, al enterarse del rapto de Helena, le pidió a Agamenón que reuniera un ejército contra Troya. Cuando visitaron a Ulises, éste no quiso tomar parte en la campaña alegando demencia. Entonces, Palámedes demostró su locura fingida tomando a Telémaco -hijo de Ulises- y sacando su espada con ademán de darle muerte. Ulises confesó la impostura de su demencia y marchó finalmente a la guerra.

En la Fábula 95 de las Fábulas Mitológicas de Higino (2009, *versión*) se narra una historia similar a la anterior pero con algunos matices. Al parecer, antes de que fueran a reclutarle, un oráculo respondió a Ulises que si iba a Troya, tardaría veinte años en volver, sería pobre y estaría solo y sin compañeros. Por lo tanto, "al enterarse de que unos emisarios iban a presentarse ante él, fingió estar loco, se puso un gorro y unció al arado un caballo y un buey. Palámedes, nada más verlo, se dio cuenta de que fingía, sacó al hijo de Ulises de la cuna, lo puso debajo del arado y dijo: 'deja de fingir y únete a los conjurados'. Entonces Ulises dio la palabra de que iría". Algunos autores, como Díaz-Salazar y Chavarría-Puyol (2008), han manifestado que la simulación de Ulises para no ir a Troya estaba motivada por quedarse con Penélope.

Otra de las primeras descripciones históricas de simulación en militares, la recogió Hipócrates en el *Tratado de los Aires, de las Aguas y de los Lugares*, en donde, según Vallejo Nájera (1939) se dice que “La mayor parte del Asia está, en efecto, sometida a sus reyes; ahora bien: allí donde los hombres no son dueños de su persona, no se preocupan de cómo han de ejercitarse en el manejo de las armas, sino de cómo serán inútiles para el servicio militar.” (p. 19).

Desde el origen de la cultura occidental, hasta la Edad Media, la simulación fue un recurso para evitar el reclutamiento militar. Parafraseando a Vallejo Nájera (1939) “Siempre fue motivo de refugio en la enfermedad sustraerse a los peligros e incomodidades de la guerra, y en Esparta hubo de castigarse con pena capital la enfermedad fraudulenta, hasta que Charondas de Latania impone penas infamantes, y exponían a la vergüenza pública, vestidos de mujer, aquellos jóvenes que simulaban o provocaron dolencias para librarse del servicio militar.” (p. 18) y continúa el mismo autor “César habla en sus ‘Comentarios’ de la abundancia de heridas provocadas durante el sitio de Utica. Augusto hace vender como esclavo a un caballero que cortó los pulgares de sus hijos para eximirlos de servir en filas, mutilación muy frecuente en los reinados de los emperadores Constantino, Valentín y Valentiniano, castigándose a los automutiladores con ser marcados al hierro al rojo, sin perjuicio de ser utilizados en el ejército. Debió de ser tan frecuente la simulación durante las Cruzadas, que hubo de castigarse a los simuladores colgándoles de las ropas una rueca y un huso.” (p. 18-19).

El Siglo de Oro reflejó también el empleo de las enfermedades fingidas de la época. Sobre esta parte de la historia, contaba Vallejo Nájera (1939) que el famoso médico de galeras del siglo XVI, Cristóbal Pérez Herrera, hizo una gran aportación al escribir, en 1598, *Discursos del amparo de los legítimos pobres y reducción de los fingidos*, donde narraba las supercherías clínicas que se daban por las calles de Madrid. O según Carrillo y Carrillo (2012), el médico de Felipe II, Juan Fragoso “El Toledano”, escribía en 1572 “... acontece que algún herido, o por hacer mal al que le hirió, o por sacarle algún dinero pone demanda”. Mientras, en París, funcionaba una corporación de mendigos llamada “la Corte de los Milagros” cuyos secretos llegaron a Ambrosio Paré y éste lo transcribió, en el Libro XIX, a diez capítulos que hizo

sobre la simulación, material que sirvió posteriormente a Féval, Víctor Hugo o Dumas.

En la España de los Austrias, dice Lozano et al. (2006a), cuando el reclutamiento procedía tanto de voluntarios, como de un número prefijado “de mozos, de vagos y gente sin domicilio”, los médicos se encontraron con dos problemas: Rechazar a los incapaces; y dar, o no, de baja a quienes invocasen una enfermedad real o simulada. El primer caso no se daba nunca, porque se admitía a todo el mundo sin dudarlo, a no ser casos muy llamativos (por ejemplo, una altura excesivamente baja) y, el segundo, se controlaba mediante la observación de los hospitalizados. A partir del siglo XVII -fecha de la que, según Llaquet (2006), data la primera pericia militar psiquiátrica- estaba ordenado el ingreso de “los locos” en centros hospitalarios para observación durante varias semanas e incluso meses, lo que ya entonces tenía una intención evidente de detectar simuladores. Años después, se siguió empleando el mismo método. Por ejemplo, el Reglamento de Hospitales Militares, aprobado por Real Orden de 18 de agosto de 1884, especificaba que “los dementes” debían ser atendidos en departamentos específicos, donde pudieran ser observados sus actos u observarse cumplidamente el fingimiento o verdad de sus trastornos (Abejaro, 1993).

Entre 1730 y 1789, en España, los “vagos” eran encuadrados en regimientos de veteranos que enviaban después a Italia, norte de África o Indias (Pérez Estévez, 1976). Con la Real Ordenanza de reemplazo anual de 1770, Carlos III instaura el servicio militar obligatorio -que durará hasta el 31 de diciembre de 2001 (Real Decreto 247/2001)-. Este sistema de reclutamiento fue muy contestado por los mandos de las unidades, pues repercutía en la moral de la tropa, la eficacia, el absentismo y la simulación. Sobre esto Vidal (1783) escribió: “Algunos quintos, ya sea por flojedad o por poco amor al Real Servicio, se presentan... con diferentes enfermedades ya verdaderas, ya fingidas y por la más leve incomodidad pretenden desde luego, ser exentos. Los reclutas (es decir voluntarios), al contrario, procuran siempre ocultar sus achaques”.

A comienzos del XIX, en Francia, las guerras continuadas durante los años del Imperio Napoleónico determinaron el enorme incremento de la

simulación (Foderé, 1813; citado por Vallejo Nájera, 1939) llevando a los autores de la época a dedicarse casi exclusivamente a estudiar la simulación en los militares, refiriendo, Percy y Laurent (1821; citado por Vallejo Nájera, 1939) “con vivos colores la encarnizada lucha que hubieron de mantener los médicos militares contra la simulación, que retoñaba incesantemente en las filas de los ejércitos napoleónicos” (p. 22; Vallejo Nájera, 1939) o “las desesperadas comedias patomímicas de los jóvenes para sustraerse a la recluta forzosa de que no se libraban más que los enfermos” (p. 19; Vallejo Nájera, 1939). Conocido es que Napoleón ordenó investigar en sus tropas las lesiones provocadas por disparos en los dedos, de donde se concluyó que había 3000 soldados automutilados. Gracias a que Dominique Larrey solicitó crear un comité de expertos para estudiar cada caso y éste decidió que las mutilaciones se debían a la inexperiencia de los reclutas, estos fueron exonerados de la ejecución (Vautier et al., 2010). En estos años, en la marina inglesa también se perseguía severamente la simulación (Vallejo Nájera, 1939).

Entre 1861 y 1865, durante la Guerra de Secesión americana, las autoridades tenían tan asumido que los soldados podían simular para evitar el servicio, que cualquier síntoma o discapacidad que no fuera demostrada objetivamente se consideraría simulación (Keen, Mitchell y Morehouse, 1864). Según Anderson y Anderson (1984), en estos años, el Ejército de la Unión daba 300\$ a los que se alistaran. Tras recibir ese dinero se autoinfligían síntomas para ser dados de baja, siendo libres para volverse a alistar en otra parte del país y repetir la estrategia de simulación. Entre los métodos de manipulación de enfermedad estaban, entre otros (Anderson y Anderson, 1984): Inflamarse tejidos con un soplete para simular hernias, insertarse una cebolla pelada por el recto para crearse taquicardia y enrojecimiento facial, tragar tabaco para provocarse náuseas o masticar pólvora con vinagre para oscurecer la lengua y dar, así, apariencia saburral como sucede en las fiebres tifoideas. Según Carroll (2001) los síntomas psiquiátricos eran rara vez simulados en esta guerra.

La simulación de los militares se perfeccionó durante las guerras del siglo XIX, alcanzando proporciones considerables durante la Gran Guerra y poniéndose, según Vallejo Nájera (1939), a disposición “todos los recursos de

la ciencia para aparentar una enfermedad sin daño para el sujeto.” (p. 19), aunque las descripciones de las enfermedades simuladas de la I Guerra Mundial no muestran, precisamente, patologías inocuas, como podían ser (Hullet, 1941): Cuadros de disentería simulada; venta de gonorrea a otros soldados para prolongar su estancia en el hospital; automutilaciones de manos, pies, dedos de pies y manos; perforaciones de tímpanos; tendones seccionados; ceguera; o úlceras rectales y nasales provocadas.

La Gran Guerra trajo una nueva dimensión en la profesionalización de la simulación en el frente británico, repercutiendo en la simulación de enfermedades a gran escala y convirtiéndose, su detección, en parte de los esfuerzos de la guerra (Wessely, 2006). Antes de que la Batalla de Somme comenzara, se envió un aviso a todos los oficiales médicos británicos advirtiéndoles que esta práctica debía terminar (Bourke, 2001). Tras la batalla, se produjo una crisis de mano de obra, mientras los diagnósticos de neurosis de guerra se cifraban en 16.000, sólo en el ejército británico (Merskey, 1979).

En la Guerra Civil española, un teniente médico del ejército republicano refirió algunas anécdotas acerca de la simulación (Carrillo y Carrillo, 2012). Por ejemplo, en el frente de Teruel, los soldados se disparaban en el pie voluntariamente, apoyando la boca del fusil sobre un trozo de pan que situaban encima del pie para que la herida de bala quedara limpia; o, tras el reparto de coñac y tabaco a los soldados republicanos, se producía una epidemia de queratoconjuntivitis incapacitante provocada por introducirse el tabaco picado en el saco conjuntival.

Durante la II Guerra Mundial, las tropas inglesas disminuyeron su entusiasmo hacia el combate y comenzó la tendencia a tolerar la simulación (Palmer, 2006). Los métodos de simulación se habían desarrollado y perfeccionado desde la I Guerra Mundial. Según Palmer (2006) se empleaban, entre otros: Para aparentar ictericia fumar una mezcla de tabaco con antipirina, beber zumo de tabaco o tomar ácido pícrico; para desarrollar conjuntivitis echarse ipecacuana, pimienta, sépticos o heces en los ojos; o, para dar aspecto demacrado, ingerir grandes cantidades de vinagre y abusar del tabaco fuerte.

Cosa distinta ocurrió en Alemania pues, según Shephard (1999), para las Fuerzas Armadas Unificadas de la Alemania Nazi o *Wehrmacht* (1935-1945) tanto los problemas mentales como la simulación se consideraban signos de cobardía, derrotismo y de algo *no-ario*. Así, cuando soldados y oficiales alemanes empezaron a retrasar su curación al verse derrotados en la Guerra, el manejo de la disciplina denegó la ganancia, llegándose a ejecutar entre 15.000 y 30.000 soldados sospechosos de simular.

## **2.2. Historia de la simulación de trastorno mental en militares en la comunidad científica**

La primera publicación registrada en PsycINFO ((*malinger* AND (*military* OR *soldier* OR *veteran*))) sobre simulación en el ejército es la de Gavin (1843). Este trabajo ganó el premio *Professor of Military Surgery* de la Universidad de Edimburgo en abril de 1835. Con él, el autor pretendió ayudar al “honorable” médico a que los impostores no le engañaran y que no castigara a los inocentes. Es interesante ver que Gavin ya diferenció entre simulación pura, exageración de enfermedad y trastorno facticio. En la siguiente, Folly (1930) narra el caso de un hombre que no quería interrumpir su trabajo y, para evitar ser reclutado, simuló esquizofrenia. Después, Gallant (1931), explica la investigación sobre simulación que se llevó a cabo, en el hospital de *Smolensk*, con 355 soldados del ejército rojo, de los cuales, el 40% resultaron deficientes e ingresaron al ejército para 9-12 meses. La siguiente patología más frecuente fue la psicopatía, según él, desmoralizante, por ser un mal ejemplo de inestabilidad emocional, agresividad e impulsividad. Un 10% resultaron ser esquizofrénicos. Finalmente, la simulación fue muy poco frecuente siendo, la mayoría de los casos, deficientes, pues respondían primitivamente en situaciones difíciles.

La II Guerra Mundial, trajo una época muy prolífica para las publicaciones de simulación. A finales de los años 30, aparecen dos trabajos alemanes. En uno de ellos (Kaczanowski, 1939), se recomienda hacer mediciones de presión de la vejiga para detectar simulación y, en el otro, Buinewitsch (1939) discute las formas de detección de simulación, señala que hay laboratorios de guerra e instructores enseñando métodos de simulación y



advierte que la epilepsia o la sordomudez son los problemas más simulados. Sin embargo, la tendencia de la época era revisar las características de la simulación, compararla con los cuadros psicopatológicos descritos en esos años y dar consejos o claves para la detección y diagnóstico (Hullet, 1941; Gill, 1941; Brussel, Grassi y Melniker, 1942; Bowers, 1943; Kahn, 1943; Hunt y Older, 1943; Brill y Farrel, 1946; Selling, 1947; Ranson, 1949; Banen, 1949). En cuanto a las situaciones de sospecha de simulación, Waud (1942) cuenta que la simulación está asociada al primer año de reclutamiento, al aproximarse la guerra, así como a los arrestos o condenas. El autor sugiere emplear una dura disciplina durante las fases de entrenamiento, como medida de prevención de la simulación.

Por otra parte, Baganz y Strotz (1941) advierten que, el término *shell shock* (estrés o fatiga de combate), que se había empleado en la I Guerra Mundial para describir la histeria de conversión, delirios de cansancio, simulación, personalidad psicopática, esquizofrenia y manía-depresión, se estaba empleando en ese momento como sinónimo de simulación y cobardía. El episodio histórico conocido como *The slapping incident* (El incidente de la bofetada), entre el General George S. Patton y dos soldados rasos, que se detallará más adelante, está relacionado con esta advertencia de los autores.

En un estudio de prevalencia, Harris (1944) señala que de una muestra de 29.862 reclutas de la Armada de los Estados Unidos que pasaron por pruebas neuropsiquiátricas de detección, sus puntuaciones eran mejores que, incluso, las del grupo control u otro grupo de reclutas. Concluye que la simulación es muy infrecuente.

Tres publicaciones subrayan que, además de fingir, también pueden darse casos de disimulación en las evaluaciones psicológicas en fases de reclutamiento. Sugar (1942) advierte que hay hombres disimulando problemas de visión. Asimismo, Hunt y Older (1943), comentan que es tan importante detectar a los simuladores como a los que ocultan sus defectos con el fin de ingresar al ejército. Selling (1947) señala que hay casos de disimulación –aunque lo denomina “simulación negativa”–.

El único autor que habla del estigma asociado a la simulación de trastornos mentales (aunque no lo denomine así) es Campbell (1943), quien

Menciona la habitual incomprensión y humillación a la que son sometidos los simuladores en las organizaciones militares, rechazo que sólo lleva a que empleen métodos más sutiles.

En cuanto a las diferentes pruebas de detección de simulación, tres autores (Wilde, 1942; Campbell, 1943; Ludwig, 1944, 1949) emplean el efecto de las drogas, como el Sodium Amytal, para detectarla. El trabajo de Hunt y Older (1943), destaca por ser el primero en el que se menciona la posibilidad de emplear un examen psicométrico con fiabilidad estadística para comparar a simuladores con débiles mentales. Rosenberg y Feldberg (1944) analizan los resultados del test de Rorschach en 93 soldados, donde incluso los que habían sido clasificados como simuladores en un examen psiquiátrico previo, producían patrones de evitación distintos. Dicho patrón consistía en 11 signos Rorschach y cuatro patrones de conducta. En un artículo brasileño publicado un año después (Tancredi, 1945), se pone en duda que el test de Rorschach o los electro-encefalogramas sean útiles para clasificar a los reclutas. Gough (1947) hace el primer estudio empírico, en una muestra de 121 soldados, para analizar la eficacia psicodiagnóstica del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*.

Los últimos años de la década de los 40 trajo trabajos más reflexivos. Thorpe y Katz (1948) comentan que, a medida que avanzaba la II Guerra Mundial, muchos soldados de los Estados Unidos que habían sido diagnosticados con "neurosis de guerra", en realidad, ni habían estado expuestos a los sonidos de los explosivos ni llegaron a estar cerca de los bombardeos. Moloney (1949) especula en un relato de enfoque filosófico y sociopolítico, acerca de la rentabilidad de las discapacidades ocurridas en tiempos de paz y de guerra y asociadas a épocas de depresión económica.

Entre la década de los 50 y los 70, sólo hay un trabajo (Murphy, 1950) en el que se aborde este asunto, siendo anecdótico, tras la fructífera década de los 40, su título *The lost art of malingering* (el arte perdido de la simulación) en el que se revisan cuestiones básicas de la simulación.

La década de los 70 dejó dos trabajos. Uno español (Guija, 1971), en el que se describen los tipos de simulación y explica cómo prevenirla y otro israelí (Kalman, 1977), en donde se discute la posible simulación en

soldados, diagnosticados de neurosis de combate, que habían participado en la guerra de Oriente Medio, así como lo innecesario que era emplear tratamientos con narcolépticos en la detección.

Al comenzar la década de los 80, se definieron por primera vez en el DSM (APA, 1980) el Trastorno Estrés Postraumático (TEPT) y la simulación. Esto tuvo su reflejo en la comunidad científica con ocho publicaciones, la mayoría, dedicadas a veteranos de Vietnam, a los diagnósticos de TEPT que se hicieron en los años de guerra y a debatir sobre si la simulación era más o menos prevalente en esa población (p. ej. Sparr y Pankratz, 1983; Early, 1984; Pankratz y Sparr, 1984; Lynn y Belza, 1984). Esta década, sólo dejó una investigación empírica de detección simulación en veteranos de Vietnam diagnosticados de TEPT (Fairbank, McCaffrey y Keane, 1985).

Los primeros años de la década de los 90 dieron varias publicaciones en las que se abordaban, más o menos, los mismos temas que en las décadas anteriores, sin apreciarse cambios significativos. Después, dos documentos destacan por abordar nuevos aspectos de la simulación. Witzum, Grinshpoon, Margolin y Kron (1996) encuentran errores en los diagnósticos de simulación de 24 reclutas judíos y advierten que es necesario investigar los aspectos culturales asociados a la simulación. Por su parte, Ritchie (1997) analiza la simulación como delito en el Código Uniforme de Justicia Militar de los Estados Unidos, explica la polémica que hubo por las posibles simulaciones en el Síndrome de la Guerra del Golfo y cómo se resolvieron dos casos de sospecha de simulación en la Guerra de Corea.

Es, a partir de 1995, cuando comienza la tendencia a realizar investigaciones de simulación en muestras controladas de militares, con el objetivo de desarrollar índices de detección empíricamente validados, como por ejemplo la de Wallace (1995) con el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* o la de Liljequist (1997) y Liljequist, Kinder y Schinka (1998) con el *Personality Assessment Inventory*. Esta tendencia se fue consolidando al comenzar el siglo XXI.

### **2.3. Reflexión sobre la prevalencia de simulación en los ejércitos ofrecida por la historia**

Existen versiones que contradicen la visión tradicional e intuitiva de la simulación en militares. La versión habitual y más aceptada, es la de la enorme proporción de soldados que hacen cualquier cosa con tal de no ir al frente. Sin embargo, hay autores que ofrecen otra visión, tanto de los trastornos mentales como de la simulación en el ámbito castrense. Por ejemplo, Read (1920) cuenta que, al comienzo de la Gran Guerra, todos los problemas mentales estaban bajo sospecha y los oficiales médicos – desentrenados en estas dolencias- no veían con buenos ojos a las víctimas de la neurosis. Con el tiempo, sin embargo, se reconoció más o menos por todos, que la simulación estaba siendo muy poco frecuente en la guerra, al igual que los trastornos mentales. Al parecer, sólo se detectó un simulador de trastorno mental en Netley (Royal Victoria Hospital) y dos sospechosos de serlo. Las únicas excepciones, relata, eran las de los soldados que habían sido tomados prisioneros por los alemanes y recurrían a la simulación para ser repatriados. Al ingresar en Netley, lo confesaron abiertamente, contando su historia orgullosos. Entre las representaciones más recurridas estaba la depresión acompañada de confusión, los delirios y las alucinaciones. Read (1920) acaba el apartado dedicado a la simulación, declarando que es muy común en la profesión médica creer que la simulación es muy frecuente. Empero, las dificultades para mantener la actuación, el miedo a ser descubierto, el castigo subsecuente y el desprecio de los compañeros hacia esa actitud, disuade a los soldados del intento.

Esta misma versión sobre la infrecuencia de la simulación -durante la I Guerra Mundial y en el período de entre guerras-, la retoma Vautier et al. (2010) parafraseando a Fribourg-Blanc y Gauthier (1935), quienes señalaron que, aunque los psiquiatras militares franceses creían encontrar mucha simulación, en realidad, ésta era muy poco frecuente. En un estudio empírico realizado con 355 soldados de la Unión Soviética, Gallant (1931) concluyó que la simulación pura era muy poco habitual. A la misma conclusión llegó Harris (1944) en una investigación con 29.862 reclutas de la Armada de los Estados Unidos y, en España, Vallejo Nájera (1939) en un estudio con 2.017 soldados analizados en la Clínica Psiquiátrica Militar, del que concluyó que:

“se reduce el fraude clínico a intentos de fingimiento de síntomas y son raros los casos de verdadera simulación abundando, en cambio, las agravaciones y la sobresimulación emprendidas por inferiores mentales y verdaderos enfermos psíquicos” (p. 119).

Sobre la Guerra de Vietnam, Watson (1982) describe un clima con una reducida tasa de simulación. El autor explica que las reacciones adaptativas eran habituales y, sólo muy de vez en cuando, los soldados se herían a sí mismos. Lo que si era más habitual era la comisión de delitos por abandono o faltas de disciplina. Sin embargo, en la incertidumbre previa al despliegue, aunque la mayoría no estuviera contenta, lo tomaban con calma, se entretenían entre ellos y se preparaban físicamente. Simplemente, dice, centraban su atención en cuestiones agradables.

A pesar de que existe esta otra perspectiva histórica sobre la prevalencia de simulación de trastorno mental en el ámbito militar, ésta ha sido minimizada reiteradamente. Además, esta versión es coherente con población militar actual de distintos países (p. ej. Vautier et al., 2010; Lande y Williams, 2013; *Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a; Secretaría General Técnica, 2003- 2013). Sin embargo, la percepción de que una gran mayoría de los problemas psicológicos que sufren los soldados ocultan, en realidad, simulación, sigue estando refrendada por los propios manuales de diagnóstico psiquiátrico de referencia para los profesionales de la salud mental. Por otra parte, estos manuales siguen contemplando la simulación desde el modelo criminológico. Desde esta óptica, los soldados que supuestamente simulan son débiles, cobardes, egoístas y desleales a las naciones y, en consecuencia, deben ser rechazados y castigados. Distintos problemas deontológicos derivados de esta versión no se han abordado aún, por ejemplo:

- El primero, es que los profesionales de la salud mental han aceptado el peso de la historia como única prueba en la que basar sus modelos y prácticas de trabajo en el área de la simulación de los trastornos mentales. Por tanto, han asumido, sin cuestionar, que los soldados simulan más que los civiles o que el modelo criminológico es el único

posible -no hay más que ver el DSM desde su tercera versión (APA, 1980, 1994, 2000 y 2013)-.

- El segundo, no es sólo que se siga dando más importancia a lo intuitivo, sino que, además, estos modelos ni se basan en evidencias empíricas, ni tienen en cuenta las que hay (p.ej. las que se señalan a lo largo de esta tesis).
- El tercero, derivado de los anteriores y de la ausencia de pruebas médicas objetivas que detectaran la simulación de trastornos mentales, es que los soldados se han estado clasificando, por los siglos, sin criterios objetivos. Basta con mirar la evolución que ha tenido la simulación en la comunidad científica, para ver que la evaluación de la simulación basada en la evidencia cuenta con, tan sólo, veinte años de historia.
- El cuarto, señalado por Vautier et al. (2010), es que los médicos militares solían estar enfrentados al conflicto de rol –médico versus detective- cuando clasificaban a los soldados. Además, estaban influenciados por una poderosa jerarquía militar o cadena de Mando, con unos objetivos de eficacia diferentes, a veces contrarios, a la salud. Esta denuncia deontológica también la realizó Sigmund Freud ante la Comisión para la existencia de felonías de guerra, constituida al final de la I Guerra Mundial (Eissler, 1992). Lo que denunció, concretamente, fue la falta de ética de los médicos derivada de la contradicción de su doble rol –deber humanitario versus eficacia bélica- pues, los soldados que sufrían problemas psicológicos (reales o supuestamente fingidos), eran sometidos a un tratamiento eléctrico tan doloroso que muchos preferían volver al frente con tal de evitarlo (Eissler, 1992; Vautier et al., 2010).
- El último, todavía más complejo que los anteriores y de más difícil solución, tiene que ver con la limitación que imponen los Estados a la libertad privada para fines públicos. Por ejemplo, en Suiza -donde aún se mantiene el servicio militar obligatorio- Vetter, Gallo, Rossler y Lupi (2009), parafraseando a Malone y Lange (2007), recuerdan que, debido a las repercusiones legales que tiene la clasificación de simulación, en el reclutamiento se debe contemplar que los intereses de los reclutados coinciden con los del sistema.

Así, la visión que se mantiene de la simulación en contextos militares no ha evolucionado, permaneciendo casi intacta y tan inmadura como lo suelen estar las explicaciones de la salud cuando no han pasado por el filtro de la ciencia.

De este modo, se podría argumentar que el pasado bélico intrínseco a la historia de la humanidad, sobre todo hasta la "larga paz" (Cullen, 2003; Holden, 2007, p.1261) y la "nueva paz" (Pinker, 2012; p.23), conlleva que si históricamente ha habido simulación ésta tenía que darse en soldados, pues es donde mayoritariamente los hombres estaban involucrados, fozosamente en muchos casos. Esta es la hipótesis de la simulación en militares sesgada por el pasado bélico de la humanidad.

## **2.4. Patrones distorsionados de enfermedad y contextos militares**

### **2.4.1. Las Reales Ordenanzas para las Fuerzas Armadas como marco de actuación del militar**

El comportamiento de los militares se rige por unos principios éticos que están regulados por las Reales Ordenanzas (RROO; Real Decreto 96/2009, de 6 de febrero, por el que se aprueban las Reales Ordenanzas para las Fuerzas Armadas). Este código deontológico del militar tiene una larga tradición en los ejércitos españoles. Comenzando en 1503 con los Reyes Católicos, se promulgaron las que sirvieron de guía para la vida y funcionamiento del Ejército y la Armada durante más de dos siglos. En la Armada se crearon las Ordenanzas de 1748 de Fernando VI y las de 1793 de Carlos IV. En el Ejército, las de Carlos III de 1768 dictaban el régimen de disciplina, subordinación y servicio. Éstas se aplicaron también a la Armada desde 1769 en lo que fuesen compatibles con las suyas propias. El Ejército del Aire adoptó los artículos de estas ordenanzas desde su creación. Las ordenanzas de Carlos III estuvieron vigentes hasta que fueron revisadas y promulgadas en la Ley 85/1978, de 28 de diciembre. La última reforma fue publicada en el Real Decreto 96/2009, de 6 de febrero.

Desde las primeras RROO hasta las actuales, han sido el elemento esencial en la formación del espíritu militar, conformando una guía de

actuación, no sólo para el combate, sino también para la vida cotidiana. En ellas se reconocen y ensalzan los valores fundamentales castrenses como el valor, el honor, la lealtad, la disciplina, el sacrificio o el compañerismo. Sirven, por tanto, de marco positivo de actuación y de guía de conducta del militar. Con ellas, se pretenden destacar los comportamientos deseables y ensalzar los valores típicos castrenses. De este código de conducta se deduce que la simulación de enfermedad o la exageración de patología, no son compatibles con la vida militar. Por ejemplo, en el artículo 10 de las RROO se destaca que el militar "se comportará en todo momento con lealtad y compañerismo (...)". En su artículo 14 se recoge la esencia del espíritu militar: "El militar que cuyo propio honor y espíritu no le estimulen a obrar siempre bien, vale muy poco para el servicio (...)” o en su artículo 17 se subraya la disciplina, el valor, la prontitud en la obediencia y la exactitud en el servicio como virtudes fundamentales.

#### **2.4.2. La simulación de enfermedad como delito en el Código Penal Militar**

Las RROO sirven de marco positivo de actuación y de guía de conducta del militar. Con éstas se pretenden destacar los comportamientos deseables, no los indeseables. Es el Código Penal Militar (CPM; Ley Orgánica 13/1985, de 9 de diciembre, de Código Penal Militar) el que tipifica y castiga los delitos, como la conducta de simular enfermedad (artículos 110, 117, 125 y 126), de facilitarla a otro si se es personal sanitario (artículo 125) o los intentos de suicidio que tengan la finalidad de evitar el servicio (artículos 110, 117 y 125).

En contra del valor como virtud propuesto en las RROO, la simulación se asocia al delito de cobardía en el artículo 110 CPM: "El militar que, por cobardía, para excusarse de su puesto o misión en el combate, simulare enfermedad o lesión, se la produjere o emplease cualquier otro engaño con el mismo fin, será castigado con la pena de cinco a quince años de prisión".

La simulación se relaciona también con la deslealtad, penada en el artículo 117 CPM: "El militar que se excusare de cumplir deberes militares



produciéndose o simulando alguna enfermedad o lesión, o empleando cualquier otro engaño, será castigado con la pena de tres meses y un día a seis meses de prisión. En tiempo de guerra, se impondrá la pena de prisión de dos a ocho años”.

En el Título Sexto del CPM, dedicado a los delitos contra los deberes del servicio, hay una sección específica de inutilización voluntaria y simulación para eximirse del servicio militar y negativa a cumplirlo, con los artículos 125 y 126. El artículo 125 CPM dice: “El militar que, para eximirse del servicio, se inutilizare o diere su consentimiento para ser inutilizado por mutilación, enfermedad o cualquier otro medio, será castigado con la pena de cuatro meses a cuatro años de prisión, si es en tiempo de paz y de tres a diez años, si es en tiempo de guerra. En caso de tentativa podrá imponerse la pena en la mitad inferior de las antes señaladas”. Y añade que “en las mismas penas incurrirá el que, a sabiendas, procurare a un militar la inutilización a que se refiere el párrafo anterior, imponiéndose a su mitad superior si se realizare el hecho mediante precio o cuando se tratase de personal sanitario. Se impondrá en su mitad inferior cuando el autor sea cónyuge, ascendiente, descendiente o hermano del mutilado o inutilizado”. Por su parte, el artículo 126 CPM dispone que “el militar que, para eximirse del servicio u obtener el pase a otra situación administrativa, simulare una enfermedad o defecto físico será castigado con la pena de cuatro meses a cuatro años de prisión. En tiempo de guerra, se impondrá la pena de prisión de dos a ocho años. En las mismas penas incurrirá el personal sanitario que facilitare la simulación”.

De los cuatro tipos delictivos que se acaban de mencionar, el más frecuente es el constitutivo del delito de deslealtad. La Sala 5ª, de lo Militar, del Tribunal Supremo viene manteniendo que (Sentencia del Tribunal Supremo 1217/2009, de 2 de marzo de 2009):

*La simulación de enfermedad o el engaño indeterminado, que es la conducta típica del art. 117 CPM, se conecta a la finalidad de excusarse el autor de realizar el deber militar que le incumbe, ya sea utilizando la excusa con antelación al desempeño de la obligación de que se trate, para no hacer lo que corresponde, o bien con posterioridad a la omisión para justificar el no*

*haber realizado la conducta debida, tratando de eludir las consecuencias de la dejación ilícita. El dato de la temporalidad se refleja en que el engaño causado 'ex ante', da lugar a la consumación delictiva sobre la base de la mera mendacidad enderezada a no cumplir lo debido, bastando la intención de excusarse de realizarlo, mientras que en la modalidad 'ex post' se parte en todo caso del incumplimiento ya producido porque lo que se pretende es soslayar la responsabilidad consiguiente. El engaño requerido ha de tener cierta entidad y ser idóneo para causar error y confundir al destinatario de la mendacidad.*

No es frecuente la simulación anterior, pero sí la posterior, especialmente la consistente en falsear o alterar partes de baja o bajas médicas informadas por el facultativo correspondiente, para hacer creer al mando que la duración del período de curación se prolonga más allá de lo realmente estipulado por el médico. Como la que se produjo en el caso siguiente, extraído del relato de hechos de una sentencia condenatoria dictada por el Tribunal Militar Territorial Tercero, con sede en Barcelona, y que fue confirmada por el Tribunal Supremo (Sentencia de fecha 6 de mayo de 2008, que fue recurrida en casación ante la Sala 5ª de lo Militar del Tribunal Supremo, y que desestimó el recurso de casación en sentencia 1217/2009, de 2 de marzo de 2009):

*Que el procesado, Soldado MPTM D. César, sufrió un accidente de circulación en fecha 17 de septiembre de 2005, como consecuencia del cual padeció una cervicalgia de la que fue asistido en el Hospital de León en la misma fecha del accidente y motivó su baja para el servicio, extendida por la Doctora Laura en fecha 19 de septiembre de 2.005, la cual fue renovada mediante otras bajas de fecha 4 de octubre y 9 de octubre siguientes por el mismo motivo y por igual duración de quince días. Estas bajas fueron remitidas a la Unidad, que autorizó al citado César a residir en su domicilio familiar y a que remitiese los sucesivos partes de baja que pudieran darse mediante fax. El inculpado, con la intención de retrasar su incorporación al servicio, alteró de su propia mano el contenido del parte de continuidad de baja de fecha 4 de octubre de 2005, haciendo constar en el mismo en lugar de la fecha referida, las de 4 y 10 de noviembre, remitiendo los referidos documentos vía fax a la Unidad en los días 21 y 30 de noviembre, en que*

*envió el documento alterado con fecha 4 de noviembre y 2 de diciembre, en que remitió esta vez, el alterado con fecha 10 de noviembre. Detectada en la Unidad la alteración de las fechas de baja fue requerido el Soldado para que se reincorporase a la misma, lo que hizo ya en el mes de enero de 2006, siendo acordada su alta para el servicio en fecha 4 de dicho mes. Durante ese período de tiempo y ante la aparente situación del Soldado no se le pudo nombrar para la realización de los servicios propios del destino. No ha quedado acreditada la asistencia médica prestada al procesado más allá del periodo en que le fue extendida la baja del día 19 de octubre de 2005, constando unas sesiones de rehabilitación en los meses de noviembre y diciembre, siendo la última en fecha 7 de este último mes.*

El intento de suicidio que tenga como fin evitar el servicio, se puede interpretar por los artículos 110, 117 ó 125. El Código Uniforme de Justicia Militar de los Estados Unidos también incluye un precepto, el artículo 115, que castiga la simulación y el intento de suicidio: "Cualquier persona que para evitar el trabajo, el deber o el servicio (1) finja enfermedades, discapacidades físicas o mentales o (2) se inflija daños intencionadamente". Ritchie (1997) añade que si el intento de suicidio se hace con otro fin al de evitar el deber, la interpretación se podría hacer, también, por el artículo 134 que hace referencia a "aquellos trastornos o negligencias que perjudican el orden y la disciplina". Este autor narra dos intentos de suicidio cometidos por soldados americanos del mismo batallón. Ambos habían vuelto de Arabia Saudí hacía cuatro meses cuando volvieron a ser desplegados seis meses en Corea del Sur. El primero tenía heridas en las muñecas y el segundo había ingerido veinte pastillas de Benadryl® (uno de los antihistamínicos más antiguos del mercado y uno de los más efectivos). Cuando se preguntó a sus respectivos jefes cómo eran trabajando, el jefe del primer soldado dijo que éste no disfrutaba en el ejército desde que salió de la Formación Básica y ya había cometido otros intentos de suicidio. La solución fue separarle del servicio. Pero el jefe del segundo soldado, preocupado por la moral de su batallón si a este soldado se le permitía "simplemente marcharse a casa", consultó con la Justicia Militar y se presentaron cargos contra él por los artículos 115 y 134.

El primer soldado, al que se valoró su intento de suicidio (junto con su conducta anterior) como una vía de salida, tuvo una licenciatura honorable. Pero el segundo soldado, apareció ahorcado en su cuarto el día anterior al consejo de guerra. Ambos casos conducen a reflexionar acerca del papel que juegan, en estas situaciones, las distintas partes implicadas, a saber, los profesionales de la salud mental –civil y militar–, los mandos militares, los sujetos afectados, la justicia militar y, a gran escala, la opinión pública y las actitudes y normativas adoptadas por los gobiernos.

La simulación de enfermedad de los militares españoles no sólo está penada por el CPM también lo está, desde el año 2007, por el Reglamento General de la Seguridad Social de las FAS (Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre), el cual define en su artículo 126.c. como “infracción muy grave” las acciones de “simular la situación administrativa” y de “omitir declaraciones legalmente obligatorias” y pena (Art. 127.c) con la “pérdida de la prestación durante un período de seis meses o con la extinción de la misma, o con extinción del derecho a percibir cualquier prestación económica durante un año”. La competencia para sancionar esta infracción corresponde al Ministro de Defensa (artículo 44 de la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social). Además, el artículo 83 del RD 1726/2007 contempla la pérdida o suspensión del derecho a las pensiones complementarias de inutilidad para el servicio y de gran invalidez, cuando el beneficiario “haya actuado fraudulentamente para obtener o causar dichas prestaciones”. En tales casos, el beneficiario “procederá al reintegro de las cantidades indebidamente percibidas”. Por otra parte “durante la tramitación del procedimiento instruido con el fin de averiguar la posible existencia de una conducta fraudulenta, podrá acordarse la suspensión del abono de la prestación”.

Otros delitos pueden estar relacionados con la simulación en los ejércitos, como por ejemplo el abandono de destino o residencia (Art. 119 y 119 bis CPM), la deserción (Art. 120 CPM) y el quebrantamiento especial del deber de presencia (Art. 123 CPM). En todos estos delitos existe el mismo denominador común de la evitación del deber, en donde la simulación aparecería con posterioridad a los anteriores delitos, bien para justificar la conducta delictiva, bien para evitar la pena de prisión.

El CPM actual está en proceso de cambio y revisión. Así, en el anteproyecto de Ley Orgánica de Código Penal Militar que se ha propuesto, no hay grandes diferencias respecto a la tipificación de la simulación actual quedando contemplada en el Libro Segundo "Delitos y sus penas", Título IV "Delitos contra los deberes del servicio" y repartida por distintos capítulos y artículos, como son: En el Capítulo I "Cobardía", artículo 52 (se asemeja al art. 110 CPM), restringido a la simulación de enfermedad en situación de conflicto armado, estado de sitio o circunstancias críticas. En este caso la pena sería de tres años y un día a diez años de prisión. En el Capítulo II "Deslealtad", artículo 56 (se asemeja al art. 117 CPM), encaminado a tipificar el delito común de falsedad documental previsto en el artículo 390 del Código Penal y lo castiga con la pena allí establecida. Según informó el Consejo General del Poder Judicial este artículo militariza el delito común de falsedad documental sin satisfacer el canon de especialidad, siendo necesario que la vinculación sea a un bien específicamente castrense. En este sentido, el artículo 116 CPM vincula la acción de simular a la excusa del deber militar debido. Por ello, consideran que, de mantenerse, este delito debe ser precisado. Por último, en el Capítulo III "Delitos contra los deberes de presencia y de prestación del servicio", Sección 4ª "Inutilización voluntaria y simulación para eximirse del servicio", artículo 61 (se asemeja a los art. 125 y 126 CPM), recoge la acción de simular enfermedad o lesión cuando esté motivada por la evitación del deber u obtención del cese o cambio en la relación de servicios. Este delito será castigado con la pena de cuatro meses a tres años de prisión y de tres a diez años cuando el hecho se cometa en situación de conflicto armado, estado de sitio o circunstancias críticas.

#### **2.4.3. El estigma asociado a los trastornos mentales y a la simulación de trastorno mental en los ejércitos**

El estigma se ha definido como "un atributo profundamente deshonoroso" (Goffman, 1963, p. 3) y a la persona estigmatizada como "el portador de una marca que le define como desviado, defectuoso, limitado, estropeado o, generalmente indeseable" (Jones et al., 1984, p. 6). Las investigaciones han mostrado que la decisión de revelar que uno tiene

problemas psicológicos, así como de buscar ayuda para ellos, se ve afectada por como las personas creen que son percibidas y tratadas como resultado de su trastorno (Cepeda-Benito y Short, 1998).

Britt (2000) exploró el estigma en el ejército de los Estados Unidos y encontró que: Todos los participantes mostraron que el hecho de ser evaluado ya era, en sí mismo, una experiencia estigmatizante; los que admitieron tener algún problema psicológico reconocieron que admitirlo era más estigmatizante que admitir tener un problema médico físico; la mitad de los encuestados indicaron que su carrera se vería negativamente afectada en el caso de presentar algún problema mental; el grupo que fue evaluado con su unidad se mostró significativamente más preocupado por el estigma que los que fueron evaluados individualmente; y el grupo que fue evaluado individualmente mostró significativamente más reticencias a ser derivados al especialista en salud mental que en serlo al especialista en cualquier otra especialidad médica.

Hoge et al. (2004) investigaron el estigma y las barreras que impiden la búsqueda de ayuda psicológica en soldados y marines que habían estado desplegados en Irak y Afganistán. El estudio reveló que: Del 38% al 45% estaban interesados en recibir ayuda, pero sólo el 23%-40% la habían buscado; había más del doble de probabilidad de estar preocupado por la estigmatización en los militares que presentaban problemas psicológicos; aquellos que más necesitaban ayuda se mostraban más reacios a buscarla; las tres preocupaciones principales fueron ser percibido como débil, ser tratado de diferente manera por el Mando y creer que los compañeros confiarían menos en ellos. Tras estos datos, los autores propusieron que el ejército necesita reducir el estigma y afrontar las barreras que impiden buscar ayuda mediante programas, educación y la realización de cambios en la prestación de servicios de salud como prioridad.

Las actitudes negativas hacia la búsqueda activa de ayuda en caso de presentar problemas psicológicos en muestras militares que habían servido en Afganistán, fueron analizadas por el *Mental Health Advisory Team 6* (MHAT-6; 2009). La mitad de los encuestados manifestaron que en caso de solicitar tratamientos de salud mental, sus jefes les tratarían de manera

diferente y les percibirían como débiles. Además, el 34% pensaba que perjudicaría su carrera y el 40% que les culparían de sus problemas.

Según Greenberg y Jones (2011), el estigma en contextos militares también ha sido reconocido mediante sentencia judicial. Al parecer, en 2002, ex militares ingleses interpusieron una demanda colectiva contra el Ministerio de Defensa del Reino Unido por no haberles detectado problemas de TEPT en etapas iniciales, no haber recibido el apoyo adecuado y no haber buscado ayuda por temor a ser estigmatizados. El juez dictaminó a favor de dicho Ministerio pero, en sus deliberaciones, el juez subrayó que el estigma asociado a los problemas mentales en contextos militares, conlleva que se ridiculice al personal y se sufra un impacto negativo en la carrera.

Burnam et al. (2008) señalan que en el entorno castrense la percepción sobre los problemas de salud mental está asociada a cuestiones como la pérdida de autoridad, la incapacidad para promocionar o mantenerse en ciertas posiciones, el temor a ser percibido como incompetente o débil mentalmente, o a ser acusado de simulador. En este sentido Kropp y Rogers (1993) ya destacaron que cuando a una persona se la etiqueta como simuladora se la estigmatiza.

Un ejemplo clásico de lo que puede suponer el estigma asociado a la simulación de trastorno mental en un contexto militar en tiempos de guerra, lo encontramos en el episodio histórico conocido como *The slapping incident* (El incidente de la bofetada) entre el General George S. Patton y dos soldados rasos, Kuhl y Bennett. Este episodio se desencadenó en agosto de 1943, durante las visitas del General a los heridos de la Campaña de Sicilia. En la visita de Patton al 15º Hospital de Evacuación, le preguntó al soldado Kuhl qué heridas tenía, a lo que éste respondió que tenía nervios más que heridas. Entonces, Patton le abofeteó, agarró por el cuello y arrastró por el suelo mientras le insultaba. Unos días más tarde sucedió algo parecido con el soldado Bennett en el 93º Hospital de Evacuación. Según Province (2002) estos episodios pudieron estar motivados, en parte, por la conversación mantenida con el comandante de los soldados unos días antes al preguntarle el General, qué tal iban las cosas en el frente y responder el comandante que las líneas al frente iban adelgazando debido a un gran número de

simuladores en los hospitales, fingiendo enfermedades para evitar el combate.

Cuando la cadena de mando y/o los servicios de salud militares deciden que los problemas psicológicos son reales (aunque no lo sean), se clasifica al militar como alguien digno y ello le reporta beneficios materiales. Mientras que la acusación de fingir siendo esta un falso positivo, puede llegar a desencadenar acontecimientos fatales. Los casos descritos por Ritchie (1997), presentados en el apartado anterior, reflejan algunas de las consecuencias de la estigmatización. El primer soldado, al que se valoró su intento de suicidio (junto con su conducta anterior) como una vía de salida, tuvo una licenciatura honorable. No tuvo la misma suerte el segundo soldado.

Las investigaciones sobre estigma no suelen analizar el temor a ser etiquetado de simulador cuando realmente hay problemas psicopatológicos. Sin embargo, Burnam et al. (2008) detectaron este temor en muestras militares. Ciertos roles de la cultura militar –como la abnegación o el coraje– son incompatibles con la presencia de problemas psicosociales y otros –como el honor o, también, el coraje– lo son con el fingir enfermedades para evitar el servicio. Es por ello que los principios fundamentales de la cultura castrense disuaden a su personal de reconocer que tienen problemas psicológicos cuando realmente los tienen, convirtiendo la enfermedad en un estresor psicosocial derivado del estigma. Sin embargo, algunas variables como la edad, el nivel educativo, el tipo de contrato (temporal/ de carrera) o la escala (tropa/ suboficial/ oficial) pueden crear distintos patrones de comportamiento ante situaciones similares. Por ejemplo, en el estudio realizado por el *Armed Forces Health Surveillance Center* (2013a) se comprobó que los militares menores de 20 años presentaban la tasa más alta de simulación (12,34 por cada 10.000 casos al año), así como los soldados recién ingresados al ejército (29,63 por cada 10.000 casos al año) y con los niveles de estudios más bajos (9,15 por cada 10.000 casos al año). Entre las explicaciones que se han dado sobre estos datos, pueden estar, por ejemplo, el hecho de que los soldados más jóvenes desconocen las consecuencias de la simulación en el ejército; el que no estén todavía provistos de estrategias de afrontamiento adecuadas para el nivel de complejidad al que se enfrentan al ingresar al ejército, por lo que recurrir a la simulación -o sobresimulación-



puede resultar una forma más “fácil” de afrontar dichas situaciones; además, los jóvenes que ingresan a las escalas de tropa y marinería puede estar menos afectados por el temor al estigma, así como al miedo a ser clasificado como simulador.

El hecho de reconocer el estigma asociado a los problemas psicológicos, entre los que se encuentra el ser estigmatizado por ser sospechoso de simular, debería investigarse en contextos profesionales. Esto ayudaría no sólo a reducir los riesgos laborales asociados a los estresores típicos de la profesión sino, también, a identificar el fraude como propuso Ruano Hernández (2009) de tal forma que este reconocimiento contribuya a “defender los derechos justos de quienes de verdad sufren la adversidad de una enfermedad, un accidente o bien de otros problemas que afectan a la calidad de vida de las personas”.

#### **2.4.4. La disimulación de enfermedad en los ejércitos y el estigma**

A pesar de que algunos autores han llamado la atención sobre la importancia de contemplar la disimulación en militares (Sugar, 1942; Hunt y Older, 1943; Selling, 1947; Mark, Fischer, Rabinowitz, Ribak y Zimran, 1987; Budd y Harvey, 2006), la distorsión positiva de la imagen no se ha abordado suficientemente en muestras militares, ni se ha incluido en los manuales de diagnóstico, ni está tipificada como delito en el CPM. Se entiende que el comportamiento de disimular, desde el punto de vista administrativo o militar, corre en beneficio de la propia Administración y la Defensa, por lo que, es obvio que no se persiga. Por otra parte, el querer ser apto y útil estando, en realidad, impedido, se puede asociar a un acto valeroso más que deshonesto. Sin embargo, hay situaciones en las que disimular enfermedades o trastornos psicológicos pueden terminar acarreando graves perjuicios. Por ejemplo, en fases de reclutamiento, un aspirante puede ocultar un trastorno mental grave, ingresar en las FAS y, posiblemente, ser detectado en el futuro. Al margen de los riesgos a los que se expone a este sujeto y/o a su unidad por no haber sido detectado, podría ser que, el ya militar, simulara respecto al origen de la enfermedad, atribuyendo la causa a su estancia en

las FAS y, de este modo -si no se detecta la falsa imputación-, recibir compensaciones económicas. Incluso, aun no simulando, la propia Administración puede asumir el error -si se puede llamar así- por haber seleccionado a una persona no idónea. Visto así, la disimulación de enfermedad es un tipo de fraude.

Un ejemplo de la trascendencia que puede tener la disimulación de enfermedad por problemas de salud mental -ya no solo en materia de riesgos laborales sino, incluso, para las estrategias políticas y de defensa de un país o grupo de países-, sucedió el 11 de marzo de 2012 en Afganistán, cuando el suboficial Robert Bales de los Estados Unidos asesinó a 17 civiles afganos -entre ellos nueve niños, cuatro mujeres y tres hombres- e hirió a otros seis. Este hecho, conocido en los medios de comunicación como la Masacre de Kandahar, se ha explicado, entre otros, como un problema de disimulación y estigma (p. ej. Bergmann y Moore, 2012).

Aunque su incidencia en el entorno castrense es desconocida, no habiéndose nunca prestado atención a este dato, la disimulación de patología puede ser frecuente para evitar el estigma de un diagnóstico de trastorno mental con el correspondiente impacto negativo en la carrera (Budd y Harvey, 2006) o en el prestigio, o para evitar ser rechazado en procesos de reclutamiento. Algunas de estas situaciones pueden ser: Durante el reconocimiento médico en el momento de la selección para ingresar; en el reconocimiento médico durante la fase de formación inicial; en el reconocimiento médico periódico; en el reconocimiento médico no periódico; en el reconocimiento médico previo a misión; en reconocimientos médicos para realizar cursos como, por ejemplo, operaciones especiales, paracaidismo, tirador de élite, desactivador de explosivos, vuelo, buceo, etc. Además, en cualquier consulta con el oficial de sanidad, tanto si el militar acudió por motivos sobrevenidos como si fue movido por los síntomas de su enfermedad o trastorno, el sujeto ocultará toda la información relativa al cuadro médico que presenta y que podría ser motivo de expulsión de las FAS llegando, incluso, a inventar o a exagerar otras dolencias que no estén estigmatizadas y estén más aceptadas socialmente.

Mientras que el engaño simulador en el CPM se asocia a la cobardía (Art. 110 CPM) y a la deslealtad (Art. 117 CPM), el engaño por miedo a ser rechazado, no ser seleccionado o al estigma, no se contempla. Pero cuando el acto de disimulación trae consecuencias negativas tipificadas en el CPM, el militar será castigado con arreglo a las consecuencias que ocasionó con su disimulación, pudiendo emplear, en este caso, el trastorno mental como una posible eximente.

#### **2.4.5. Trastorno de Estrés Postraumático, simulación y contextos militares**

Uno de los trastornos mentales que más atención ha recibido en la literatura científica que estudia la simulación es posiblemente el TEPT (Bardera y Silgo, 2012). Los litigios relacionados con este trastorno se han convertido en una industria creciente a todos los niveles (Calcedo, 2009), alegándose como consecuencia en cualquier tipo de accidente o desgracia humana (Slovenko, 1994). Es por ello que Spitzer, First y Wakefield (2007) sugirieron –sin éxito– crear, en el DSM-5, el criterio G, para excluir, específicamente, la simulación.

Distintos autores han declarado una prevalencia de TEPT simulado en muestras clínicas y forenses del 20% al 55% (Less-Haley, 1992; Freeman, Hart y Kimbrell, 2005; Merten, Thies, Schneider y Stevens, 2009). Parece que entre los investigadores hay acuerdo en la manifestación de que los diagnósticos de TEPT, tanto en contextos de evaluación forenses como clínicos, no deberían considerarse fácilmente (Freeman, Powell y Kimbrell, 2008; McNally, 2003; Rosen 2004; Taylor et al., 2007) ya que distintos estudios demuestran una alta tasa de TEPT crónico no justificado en distintos tipos de muestras (Frueh et al., 2000; Rosen, 2004; McNally, 2007; Frueh et al., 2007). Diferentes investigaciones revelan que no sólo hay un gran número de falsos diagnósticos de TEPT sino que, además, son aceptados sin ninguna crítica por parte de los profesionales clínicos y forenses (Merten et al., 2009).

La historia del cuadro clínico, conocido actualmente como TEPT, comienza en la segunda mitad del siglo XIX, cuando John Erich Erichsen defendió que las lesiones que sufrían las víctimas de los accidentes de tren, eran distintas de la histeria y la simulación (Calcedo, 2009). En 1889, Hermann Oppenheim acuñó por primera vez el término *neurosis traumática* para referirse a este cuadro de síntomas.

Como explica Prado (2010), fruto del proceso de la industrialización y la lucha de los trabajadores que comienzan a organizarse en sindicatos, nace en Alemania la Seguridad Social. Impulsadas por Otto Von Bismarck, se crean las leyes sociales que representan la base del Sistema de Bienestar (sobre el seguro de enfermedad en 1883, el seguro de accidentes de trabajo en 1884 y el seguro de invalidez y vejez en 1889). En este momento, un gran número de sujetos reclamaron indemnizaciones aunque, según los evaluadores, muchas no estaban debidamente justificadas (Prado, 2010).

Los médicos de finales del siglo XIX empiezan a considerar la posibilidad de que tras las *neurosis traumáticas* se escondiera el deseo de obtener una renta. Durante la I Guerra Mundial, se apodaron distintos términos para nombrar los síntomas que estaban sufriendo los soldados, entre los que figuró la *neurosis traumática*. Los médicos del momento no querían clasificar como cobardes a los soldados y las autoridades militares no sabían cómo explicar el hecho de que un soldado que había afrontado el combate de manera satisfactoria, de repente, se hundiera (Calcedo, 2009). La trascendencia del asunto era tal, que más de 200 soldados británicos fueron condenados y ejecutados por un delito de cobardía (Van der Kolk et al., 1996; citado por Calcedo, 2009).

Tras el planteamiento de Bonhoeffer en 1916, se pasó de considerar que la vulnerabilidad era la raíz del problema, a suponer que el origen de las neurosis estaba en la compensación económica (Robles y Medina, 2002; Calcedo, 2009; Prado, 2010). Esto repercutió en que la escuela alemana propusiera el cambio de *neurosis traumática* a *neurosis de renta*. Así, Tras la I Guerra Mundial, el gobierno alemán aceptó esta propuesta y estableció que las *neurosis traumáticas* no tenían derecho a compensación económica, ya que serían incurables en tanto existiera una pensión.

Años más tarde, Abram Kardiner, que había tratado a soldados americanos de la I Guerra Mundial, retomó la línea traumática para explicar las neurosis en los combatientes (Kardiner, 1941), enfatizando que la alteración principal residía en los mecanismos de alerta de la conciencia. Para que el TEPT se incluyera finalmente en el DSM-III (APA, 1980), se retomaron los conceptos de Kardiner sobre los soldados traumatizados y se observó una alta coincidencia entre éstos y las manifestaciones de los soldados que regresaban de Vietnam, así como de mujeres violadas y de mujeres y niños maltratados (Calcedo, 2009).

Así, a principios de los años 80, la Administración de Veteranos de los Estados Unidos empezó a indemnizar por presentar daños psíquicos por TEPT (Atkinson, Henderson, Sparr y Deale, 1982). Casi veinte años después, se descubrió que había relación entre la severidad del TEPT presentado y la cuantía de la compensación económica y que muchos de los veteranos que reclamaban indemnizaciones por un TEPT severo padecían, en realidad, daños psicológicos de otro tipo (Frueh, Gold y de Arellano, 1997). Esto hizo que surgieran numerosas investigaciones en las que se demostraba lo fácil que era fingir un TEPT en las entrevistas clínicas tradicionales (Sparr y Pankratz, 1983; Watson, 1990), así como auténticos debates en la comunidad científica (como el que se describe en los párrafos siguientes).

Sparr y Pankratz (1983) presentan cinco casos de TEPT en veteranos de Vietnam, concluyendo que la verificación del historial demuestra que sólo uno había estado allí, por lo que plantean la sospecha de simulación en los otros cuatro. Ante tal clasificación, Early (1984) responde que los únicos documentos sobre el servicio militar en el que se pueden haber basado para llegar a esa conclusión, es el *veteran's discharge paper*; que muchas cosas "clasificadas" ocurren en la guerra y acaban en situaciones traumáticas con pocos supervivientes y, consecuentemente, éstos acaban experimentando culpabilidad patológica; que el personal que realiza las evaluaciones en el *Veterans Affairs* no es, muchas veces, personal experto o que comprenda el conflicto de Vietnam; y que la emoción -que dicen es incongruente con los relatos que analizaron-, está mal examinada e interpretada. La réplica que Pankratz y Sparr (1984) dieron a Early (1984) fue que comprendían lo

señalado y que, a veces, es difícil verificar las narraciones de trauma y obtener diagnósticos rápidamente.

En línea con Sparr y Pankratz (1983), Burkett y Whitley (1998) notificaron que, aproximadamente, un 75% de 2.000 veteranos de Vietnam que estaban recibiendo pensiones por TEPT, o no habían servido en Vietnam o, ni siquiera, habían estado en el ejército. Frueh et al. (2007) pudieron comprobar que, de otros 100 casos de esta guerra, donde el 94% habían recibido el diagnóstico de TEPT, sólo el 41% habían estado expuestos al combate, un 20% eran casos poco claros, un 32% estaban en puestos de oficina y, finalmente, un 7% no había servido en Vietnam o no habían pertenecido al ejército.

Tras estos datos, el *Department of Veterans Affairs Office of the Inspector General* (2005; citado por McNally, 2007) realizó su propia investigación para analizar las discapacidades por TEPT relacionadas con el servicio, concluyendo que el 25.1% no presentaban evidencias convincentes de exposición al trauma en sus informes clínicos, por lo que no deberían de haber recibido ni el diagnóstico, ni la compensación por discapacidad.

McNally (2007) reflexiona sobre los casos de TEPT en veteranos de Vietnam. Se pregunta si los síntomas fingidos pueden estar engordando las cifras y plantea cuatro hipótesis: la primera es que el simple hecho de ser desplegado ya pudo ser traumatizante; la segunda es que los no combatientes también pueden estar expuestos a acontecimientos traumáticos; la tercera es que los diagnósticos de TEPT se hicieron con el DSM-III que no requería explícitamente que los síntomas produjeran discapacidad y, la cuarta, que la revaluación retrospectiva de los veteranos hubiera creado un marco narrativo de TEPT que diera sentido a la propia vida.

Algunos autores destacan que el TEPT fue un constructo diagnóstico que creó el Comité de Decisión (del DSM) para dar respuesta a los intereses y necesidades de salud mental de los veteranos de Vietnam (p.ej. Scott, 1990; Shephard, 2001; Yehuda y McFarlane, 1995; Young, 1995). Además, la inclusión del TEPT en los manuales de diagnóstico, conllevó todo un

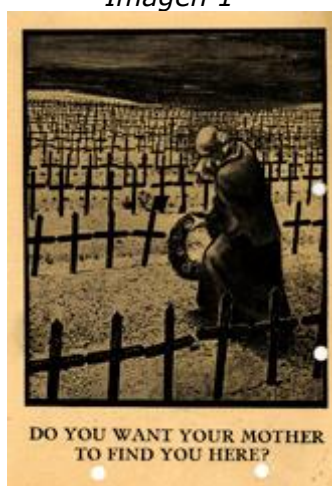
proceso histórico asociado, en gran medida, a los propios riesgos laborales intrínsecos a la razón de ser de los militares. Por tanto, el TEPT podría convertirse en un diagnóstico estereotipado si los evaluadores no están preparados para clasificarlo. Además, hay que recordar que el criterio A del TEPT (APA, 1980) era haber estado expuesto a un estresor que evocara síntomas estresantes para casi todo el mundo. Criterio muy subjetivo y poco fiable que, pocos años después, en el DSM-III-R (APA, 1987), se amplió, incluyendo la posibilidad de que el grave riesgo para la vida le hubiera ocurrido a otra persona. De este modo, se puede explicar que fuera tan fácil hacer diagnósticos de TEPT en militares de los Estados Unidos en aquellos años. En cualquier caso, parece que las evaluaciones psicodiagnósticas para determinar si había TEPT en los veteranos, se hacían con personal no preparado específicamente en ese trastorno o sin el tiempo necesario (Pankratz y Sparr, 1984), ni con los instrumentos adecuados para detectar su simulación, pues éstos se empezaron a desarrollar e implantar veinte años después.

En resumen, es posible que la controversia acerca de los diagnósticos de TEPT en militares tenga relación con una falta de instrumentos de medida objetivos en los que basar los diagnósticos, una carencia formativa por parte de los profesionales evaluadores, ciertos estereotipos asociados al contexto militar o la ausencia de protocolos de detección de TEPT simulado. Incluso, la controversia acerca de la inclusión del TEPT en el DSM-III (APA, 1980) o el oscuro pasado del trato que recibieron las heridas invisibles de los soldados que volvían de las Grandes Guerras, descrito por algunos autores (p.ej. Shively y Perl, 2012), podrían estar participando en la confusión que ha generado el cuadro diagnóstico conocido como TEPT, décadas después.

## **2.5. Otras utilidades de la simulación en tiempos de guerra: La contrapropaganda bélica**

La simulación de enfermedad también ha sido empleada deliberadamente como estrategia manipulativa de contrapropaganda en las guerras. Por ejemplo, entre los años 1939 y 1945 las unidades de inteligencia de los ejércitos del Eje y de los Aliados hicieron propaganda de la simulación

en las tropas enemigas como técnica de ataque psicológico con el objetivo de aumentar el derrotismo y la desertión (Richards, 2010). Este tipo de propaganda es conocida como "propaganda negra" porque está hecha por uno de los bandos del conflicto para atacar al contrario aparentando ser de éste (Richards, 2010). Los panfletos propagandísticos fomentaban el derrotismo en dos fases. Primero, mostraban dibujos relacionados con la muerte al que añadían alguna frase tipo "¿Quieres que tu madre te encuentre aquí?" (Imagen 1) o "Mejor unas semanas enfermo que toda tu vida muerto" (Imagen 2).

*Imagen 1**Imagen 2**Imagen 3**Imagen 4*

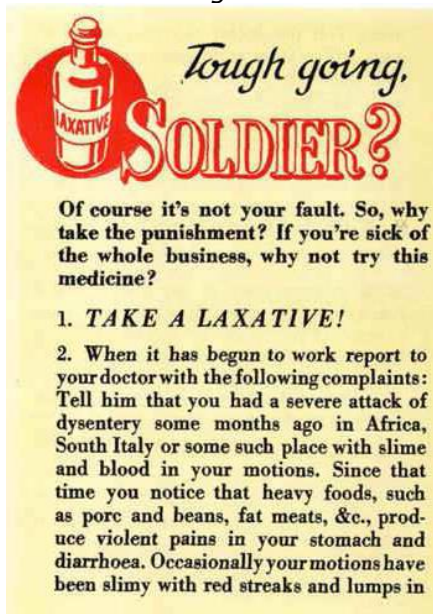
La masculinidad también se usó como primer paso para la derrota psicológica, mediante la unión de imágenes de bellas mujeres con la muerte



(Imagen 3) o con un hombre lisiado y un texto que decía "Los caballeros las prefieren rubias pero..." (Imagen 4).

La segunda fase consistía en fomentar en los panfletos propagandísticos la simulación, dando pautas concretas de como aparentar determinados cuadros médicos, como por ejemplo la disentería (Imagen 5), ictericia (Imagen 6), o la malaria (Imagen 7). Incluso, enseñaban técnicas para autoinfligirse enfermedades, por ejemplo una infección urinaria (Imagen 8).

Imagen 5



**Tough going, SOLDIER?**

Of course it's not your fault. So, why take the punishment? If you're sick of the whole business, why not try this medicine?

1. TAKE A LAXATIVE!
2. When it has begun to work report to your doctor with the following complaints: Tell him that you had a severe attack of dysentery some months ago in Africa, South Italy or some such place with slime and blood in your motions. Since that time you notice that heavy foods, such as porc and beans, fat meats, &c., produce violent pains in your stomach and diarrhoea. Occasionally your motions have been slimy with red streaks and lumps in

Imagen 6



**Death or Life - which is your way?**

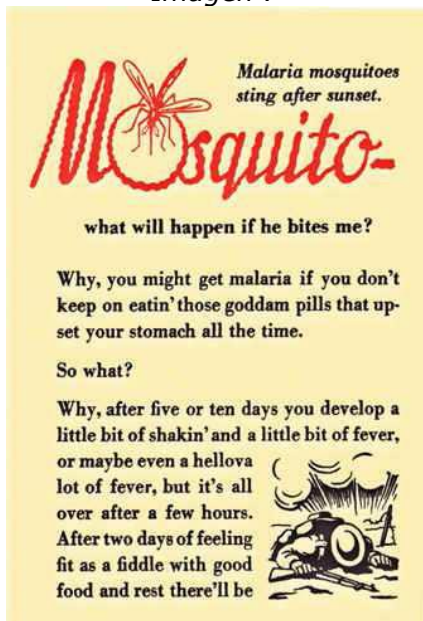
THE following suggestion may help you avoid becoming a dead hero!

**Directions for producing the symptoms of yellow jaundice:**

1. Get hold of 30 to 40 digitalis tablets or pills (digitalis is a widely used heart remedy)

AM 4

Imagen 7



**Malaria mosquitoes sting after sunset.**

**Mosquito-**

what will happen if he bites me?

Why, you might get malaria if you don't keep on eatin' those goddam pills that upset your stomach all the time.

So what?

Why, after five or ten days you develop a little bit of shakin' and a little bit of fever, or maybe even a hellova lot of fever, but it's all over after a few hours.

After two days of feeling fit as a fiddle with good food and rest there'll be

Imagen 8



**Before going to the doctor...**

1. Put one (1) of 10 pills of (10 pills) into your water glass.
2. Put one (1) of 10 pills of (10 pills) into your water glass.
3. Put one (1) of 10 pills of (10 pills) into your water glass.
4. Report to doctor with following complaints: You do not feel well. You have a little bit of fever, or maybe even a hellova lot of fever, but it's all over after a few hours.

After a certain length of time it will be a good idea to become healthy again and to have a release if you are returned to the fighting line.

**Here's how to escape danger for a while!**

## **2.6. Evaluaciones psicofísicas en las Fuerzas Armadas Españolas**

### **2.6.1. Reseña sobre la psicología militar española en las evaluaciones forenses**

La historia de la psicología en los ejércitos españoles se puede dividir en cuatro tramos. El primero, se corresponde con la etapa anterior a la Guerra Civil. En el segundo, comienza la psicología en el Ejército de Tierra (Diario Oficial 8-3-51), sin intervenir en cuestiones clínicas ni forenses y orientándose, principalmente, a la selección de personal (Orden Ministerial 16-2-48). Ya en el año 1977, se reconoce su papel (Real Decreto 2840/1977, de 28 de octubre). En el tercero, desde 1977 hasta 1999, se van desarrollando cada vez más áreas de la psicología militar, que se verán refrendadas en la cuarta etapa. En estos años, aunque la psicología se ejerce en casi todas sus facetas (clínica, pericial, organizacional, operativa, educativa, etc.), todavía no tiene entidad propia en las Fuerzas Armadas (FAS) por no estar considerada como especialidad fundamental. Cuestión que llegó en la cuarta etapa, con la Ley 17/1999, de 18 de mayo, de Régimen de Personal de las Fuerzas Armadas, incluyendo la psicología como especialidad fundamental de la Sanidad Militar y, dos años más tarde, con el reconocimiento de las distintas funciones de la psicología en las FAS (Orden Ministerial 141/2001, de 21 de junio, que establece las funciones y estructura de la psicología Militar), entre las que se encuentra la labor pericial.

Por tanto, es a partir de 1999 cuándo la psicología militar irrumpe de forma explícita (aunque no de manera independiente) en las evaluaciones psicológicas susceptibles de detectar simulación. A partir de entonces y en la actualidad, la psicología se mantiene vinculada a cuadros médicos de exclusión, determinándose, en consecuencia, que todas estas evaluaciones psicológicas se realicen desde el enfoque forense, no desde el clínico y, tampoco, desde el de la selección de personal basada en la idoneidad y las competencias.

Respecto a la detección de simulación por parte de ambas profesiones periciales de la salud mental, cabe decir que, las dos basan sus clasificaciones en la entrevista, los informes clínicos y demás pruebas

aportadas a las Juntas. La psicología añade instrumentos psicológicos de medida con índices de fiabilidad y validez.

### **2.6.2. Situación actual de las evaluaciones psicofísicas**

La determinación de la aptitud psicofísica en las FAS está regulada por el RD 944/2001. En este Real Decreto, se establece que se realizarán reconocimientos médicos, psicológicos y pruebas físicas, periódicas y no periódicas. En el Anexo del Real Decreto, se recoge el cuadro de condiciones psicofísicas y los coeficientes a aplicar, según el grado de capacidad (los coeficientes 1, 2 y 3 equivalen a "aptos"; el 4 "a aptos con limitaciones" y el 5 a "no aptos").

Las pruebas psicológicas periódicas deben permitir la detección de trastornos psicológicos, de la personalidad y de la conducta. Los militares profesionales realizarán una prueba periódicamente, al menos cada cinco años y aquellos que tienen una vinculación temporal con las FAS, las realizarán como mínimo, antes de la firma de cada contrato o del acceso a la condición de permanente. Las pruebas médicas se establecen en función de la edad para los militares de carrera y los militares profesionales de tropa y marinería, y con los mismos criterios que las psicológicas, para el personal no permanente.

Los reconocimientos no periódicos pueden realizarse en cualquier momento a iniciativa del interesado, fundamentada en informes médicos o psicológicos, o a propuesta del Jefe de Unidad del sujeto cuando sea evidente la insuficiencia de aptitud psicofísica para la realización de las funciones propias de la unidad (siendo obligado, según el artículo 7.2 del RD 944/2001, al incoarse expediente gubernativo por consumo de sustancias). Cuando en cualquiera de los dos casos anteriores, se presuma una pérdida de aptitud psicofísica, se efectuará una evaluación extraordinaria para determinar si existe dicha insuficiencia, a efectos de ocupar determinados destinos, cambio de especialidad, pase a retiro o resolución de compromiso (en caso del personal no permanente). Para esta evaluación se instruirá un expediente

administrativo que incluirá, entre otras, la evaluación de una Junta Médico Pericial de la Sanidad Militar.

En cuanto a los órganos competentes en materia pericial, la ORDEN PRE/2373/2003, de 4 de agosto, por la que se reestructuran los órganos médico periciales de la Sanidad Militar y se aprueban los modelos de informe médico y cuestionario de salud para los expedientes de aptitud psicofísica, establece que los órganos periciales en las FAS y en la Guardia Civil son: (1) la Junta Médico Pericial Superior, (2) la Junta Médico Pericial Psiquiátrica, (3) las Juntas Médico Periciales Ordinarias y (4) las Juntas Médico Periciales Temporales.

Las evaluaciones a las que da origen el RD 944/2001 requieren la valoración en las Unidades de Reconocimiento, ubicadas en los diferentes hospitales y clínicas de la Defensa. Estos órganos son los que, en aplicación del citado Real Decreto, determinarán si la patología padecida es susceptible de incluirse en los coeficientes 4 ó 5, en los epígrafes que corresponda. Esta valoración supone una posible pérdida de aptitud, por lo que la Unidad del sujeto evaluado iniciaría un expediente administrativo de pérdida de aptitud psicofísica, siendo obligada la valoración en una de las Juntas Médico Periciales Ordinarias. El expediente se cerraría con una resolución de aptitud o no aptitud, total o parcial. Ante esta resolución cabe la vía del recurso administrativo, para lo que la Administración Militar dispone de dos Juntas Superiores, una específica para patología psiquiátrica.

Según Lozano et al. (2006b), entre 1999 y 2003, la Junta Superior evaluó 1216 sujetos, de los cuales, consideró excluidos 476, de los que 200 lo fueron por patología psiquiátrica. Sólo 1 de los 312 sujetos que fueron aptos con limitaciones, lo fue en el área de psiquiatría. La Junta Psiquiátrica evaluó 1759 sujetos, en ese mismo periodo, de los que 1511 fueron excluidos y sólo un 5% fueron útiles. Las patologías más frecuentes fueron los trastornos de personalidad, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, destacando aquellos que solicitaban la causa-efecto. Entre las dos Juntas Superiores, evaluaron cerca de 3000 sujetos en cinco años de los que, bastante más de la mitad, lo fueron por patología psiquiátrica.

Sin embargo, en las Juntas Ordinarias, este tipo de patologías no fueron diagnosticadas con la misma frecuencia. La misma fuente de datos apunta, por ejemplo, que el Tribunal Médico Central del Ejército de Tierra, evaluó más de 3000 sujetos, resultando excluidos 1044, de los que sólo 55 lo fueron por patología psiquiátrica. Asimismo, fueron aptos con limitaciones 1774, de los que sólo 8 padecían patología psiquiátrica.

Los datos proporcionados en los últimos párrafos, hacen reflexionar acerca de la notable incidencia de recursos administrativos en sujetos con diagnósticos de patología psiquiátrica y la dificultad para que estos sujetos puedan realizar tareas con limitaciones dentro de las FAS. El primer punto, podría estar relacionado con la dificultad para simular o sobresimular patología física, con lo que el Acta de la primera Junta es difícilmente recurrible. Frente a la patología psiquiátrica, más difícil de objetivar y por tanto más susceptible de recurso administrativo, deriva en las mejoras de las indemnizaciones. Respecto al segundo punto, cabe destacar las peculiaridades del entorno y tipo de trabajo en los contextos militares, donde las limitaciones que suelen asociarse a las patologías psiquiátricas son, a menudo, incompatibles con la propia función de las FAS (baste como ejemplo, el uso de armas).

Respecto a las evaluaciones de la pérdida de salud mental, la Junta Médico Pericial Psiquiátrica (JMPP) "es el órgano médico-pericial de estudio, asesoramiento y coordinación en materia de psiquiatría pericial en el ámbito de las FAS y la Guardia Civil. Depende orgánicamente de la Inspección General de Sanidad de la Defensa" (Art. 5 de la ORDEN PRE/2373/2003). La JMPP la preside un Coronel o Teniente Coronel médico psiquiatra y cuatro vocales de menor empleo o antigüedad, Oficiales médicos con la especialidad de psiquiatría. El Secretario de la Junta es el Oficial médico más moderno. La JMPP cuenta, además, con personal auxiliar y con un Oficial Psicólogo, especialista en Psicología Clínica, con funciones de evaluación psicológica.

El personal a evaluar en la JMPP puede ser: Personal de la Guardia Civil, personal de las FAS y otro personal (huérfanos militares y funcionarios, fundamentalmente). El personal comprendido en los dos primeros grupos puede haber sido excluido por diversas patologías, ser útil y apto, ser útil con

limitaciones o tener un dictamen temporal. En cuanto al tipo de alegaciones, es frecuente solicitar la existencia de nexo causal con el servicio, modificación del coeficiente o del porcentaje de minusvalía.

En cuanto a las psicopatologías diagnosticadas por la JMPP, Llaquet (2006) señala que la patología predominante en el personal evaluado por esta JMPP fue el trastorno de personalidad (45%), seguido de los trastornos de ansiedad (15%), de los trastornos psicóticos y del estado de ánimo (12%), correspondiendo el 28% restante a otras patologías. El 86% de los evaluados fueron excluidos de forma permanente, un 5% fueron útiles y a un 2% se le reconoció la causa-efecto. La patología más frecuente (75%) entre quienes solicitaron la relación causal, fue el TEPT.

En un estudio reciente realizado con datos recogidos entre 2004 y 2010 por la JMPP (Morales et al., *en prensa*), se reconoció la causa-efecto al 8,85% de los sujetos evaluados de un total de 1129. En cuanto a la distribución de las patologías con reconocimiento de causalidad laboral, los resultados muestran que los trastornos más numerosos fueron los adaptativos mixtos y de ansiedad (28%), los depresivos (25%) y los TEPT (24%), seguido de los trastornos de la personalidad (13%) y de otros trastornos (10%). Por tanto, las manifestaciones psicopatológicas más frecuentes en sujetos a los que se les reconoce la causa- efecto, son las relacionadas con los problemas de ansiedad y/o depresión (53%).

No existen datos objetivos publicados por la Sanidad Militar española acerca de la prevalencia de sospecha de simulación. Cabe pensar que, aunque la mayor parte de los sujetos han sido bien clasificados (en línea con el trabajo de Silgo y Robles, 2010), los cuadros más exagerados o simulados en personal militar serán los relacionados con los trastornos de ansiedad, depresión o TEPT. Este panorama sugiere que las evaluaciones psicológicas en la JMPP no pueden limitarse a la evaluación psicopatológica, debiendo controlarse las distorsiones de respuesta que puedan presentar los expedientados en función de sus intereses. Por ejemplo, quienes soliciten ser útiles, habiendo sido excluidos por la JMPO, es posible que disimulen para ser aptos. Frente a quienes solicitan la incapacidad, habiendo sido aptos en la

JMPO, o los que piden que se reconozca la causa-efecto, podrían presentar respuestas psicopatológicas sobredimensionadas.

Cabe mencionar que los estudios descriptivos de la psiquiatría militar (p.ej. Llaquet, 2006; Morales et al., *en prensa*) no indican ni la metodología, ni las pruebas empleadas para realizar los diagnósticos, así como tampoco se detalla qué criterios objetivos emplearon para determinar la causa- efecto, o qué protocolo de detección de patrones distorsionados se siguió en las evaluaciones.

## **2.7. Estrategias nacionales de defensa y simulación**

Puesto que en el siglo XX las estadísticas de simulación propias (en caso de ser elevadas) podían ser empleadas por el enemigo para conocer el estado de la moral de la tropa, esta información, en según qué situaciones, se podría clasificar, por poner en riesgo a la Nación. Sin embargo, en los últimos años ha habido un cambio de tendencia. Desde la caída del muro de Berlín en 1989, la disolución de la Unión Soviética en 1991 y el comienzo de los conflictos asimétricos justo a continuación -aunque formalmente reconocidos a partir de los atentados contra las Torres Gemelas de Nueva York el 11 de septiembre de 2001-, las estrategias de Defensa de algunos países aliados se han modificado en este sentido. Un ejemplo de ello, es que mientras a finales de los 90 todavía se consideraba que las estadísticas de simulación eran datos “imposibles de conocer” (Ritchie, 1997), en la actualidad esta misma información es pública (p. ej. Lande y Williams, 2013; *Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a).

Un segundo factor de riesgo debido a la seguridad de la información sobre simulación en militares, sería el hecho de que una alta tasa de simulación provocara un “efecto contagio” o “efecto llamada”. En este sentido, hay que decir que, por un lado, este tipo de causalidad de la simulación no se ha investigado nunca, por lo que no se puede afirmar que dicho efecto sea –o haya sido- verdad alguna vez; por otro lado, hay que decir que las causas de la conducta individual no están solo y/o siempre motivadas por las del grupo; además, hay que recordar que los ejércitos cuentan con sensibles mecanismos de control de la simulación, tanto a nivel

sanitario como jurídico; por último, decir que el hecho de que muchos soldados puedan recurrir a la simulación como medio para evitar el combate tiene más interpretaciones además de la hipótesis del contagio, así, podría ser un indicador colectivo del estado de la moral, o del apoyo de la opinión pública, incluso de la cultura nacional sobre seguridad y defensa.

La información es un bien jurídico y como tal está protegida. De este modo, la seguridad de la información del Ministerio de Defensa está regulada por normativa (p. ej. Orden Ministerial 76/2006), comprendiéndose en "clasificada" y "no clasificada". Los grados de la información clasificada son: "secreto", "reservado", "confidencial" y "difusión limitada". En los dos últimos grados se clasificaría la información considerada como "materia objeto de reserva interna". Mientras, la información no clasificada puede ser de "uso oficial" y de "uso público".

En caso de que las estadísticas de simulación fueran materia "clasificada", se consideraría que el conocimiento público de esa información podría traer los riesgos expuestos en la Orden Ministerial citada. Pero, en realidad, en ninguna norma se recoge que las estadísticas de simulación del personal militar español no puedan ser publicadas, por ejemplo, dentro de un contexto sanitario y de prevención de riesgos laborales. La Sanidad Militar de países de nuestro entorno publican estos datos y el Cuerpo Jurídico Militar español también. Sin embargo, se detecta una ausencia de registro y/o publicación, por parte de la Sanidad Militar española. Del mismo modo, tampoco hay transparencia en las estadísticas de simulación –o sospecha de– a nivel nacional. Aunque, en el caso de que se recogieran estos datos, lo más valioso no sería conocer la prevalencia en sí misma, sino los análisis multinivel que se pudieran realizar con otras variables incluidas en la recogida de los datos.

Los motivos por los que actualmente las estadísticas de simulación en contextos militares españoles no son nítidas se encuentran, entre otros, los siguientes:

- Porque no existe un sistema de registro común para todos los profesionales implicados en su valoración y en todos los escalones



sanitarios por los que el militar va pasando. Tampoco hay un organismo encargado de velar por su registro.

- Porque no existe un protocolo estandarizado para su evaluación para el conjunto de la sanidad militar, lo cual dificulta su clasificación.
- Porque hay varias profesiones implicadas en el asunto (psicólogos de unidad, médicos de unidad, psicólogos clínicos de los servicios de psicología, psiquiatras y psicólogos de las Juntas Periciales, jurídicos) y ningún organismo recoge estos datos, los organiza, analiza y elabora.

El cambio estratégico en la transparencia de la información relativa a la simulación en los ejércitos llevada a cabo en países de nuestro entorno, repercute en una mayor eficacia a la hora de diagnosticar. La transparencia fomenta, también, facilidades para la investigación y las prácticas basadas en la evidencia en la evaluación de la salud mental. Todo ello trasciende, finalmente, en un mejor análisis del personal y en la posibilidad de crear estrategias eficaces para abordar la instrumentalización de las bajas médicas.

## **2.8. Consideraciones finales**

Este capítulo contextualiza la simulación en el ámbito organizacional en que se va a realizar el estudio metodológico que se presentará en la parte empírica. Se comenzó exponiendo que los orígenes de la simulación de enfermedad están íntimamente ligados a los contextos militares. También se aborda la simulación en la historia y en, particular, en la historia militar española. Hay que destacar la reflexión sobre la prevalencia de simulación en los ejércitos ofrecida por la historia, la intuición y la tradición, pues existe otra versión que ha sido minimizada, a pesar del conflicto deontológico que ello supone. Tras dicha reflexión, se aborda la evolución histórica que ha tenido la simulación en la comunidad científica hasta llegar a finales del siglo XX. Es a partir de esos años, cuando empiezan a surgir las primeras investigaciones de detección de simulación empíricamente validadas. Los métodos de empleo de la simulación como contrapropaganda bélica, son abordados después. A partir de ahí, el capítulo evoluciona tratando la evaluación de los trastornos mentales en las Juntas Médico Periciales actuales

y el papel de la psicología en esta labor pericial. Después se trata la regulación normativa de la simulación, tanto la implícita en las Reales Ordenanzas, como la explícita en el Código Penal Militar. El estigma y la disimulación de problemas psicológicos se aborda porque están relacionados con la simulación y porque es un tema relevante para la salud mental de los militares, así como para las estrategias de defensa nacional, que no están siendo valorados suficientemente. Se trata a continuación, el hecho de que la simulación de enfermedad en los ejércitos puede tener relación, entre otras cosas, con la moral, el derrotismo o la poca aceptación de la guerra en la que se participa. Para acabar, el capítulo aborda la simulación como tema sensible y relacionado con la seguridad de la información en el ámbito de la Defensa Nacional.

Cabría mencionar que hay mucho por hacer en el campo de la simulación de enfermedad en contextos militares. Entre otros, se destacan los siguientes asuntos:

- Hay que reflexionar sobre el papel del peso de la historia en los modelos actuales de simulación y crear nuevas perspectivas.
- Sería de utilidad hacer macro-estudios comparativos de prevalencia de simulación/ disimulación y estigma en un amplio abanico de profesiones, incluyendo personal funcionario de distintas Administraciones civiles y militares, así como personal autónomo o del sector privado.
- Se debe concienciar, no solo a los profesionales implicados en la salud mental, sino también a los líderes militares del impacto que tiene la disimulación de trastornos psicológicos y el estigma asociado tanto a los problemas mentales como a la simulación.
- Es necesario estudiar las variables que correlacionan con, causan, modulan o median la simulación en muestras militares. De este modo, se analizaría la simulación desde el punto de vista multinivel e incluiría, por tanto, diversas variables sociodemográficas, psicosociales, laborales, u organizacionales relacionadas con el clima y la cultura, en lugar de reducir los estudios a la mera descripción de variables psicológicas o clínicas.
- Es urgente desarrollar, validar e implantar protocolos multimétodo, multisistema y multidisciplinarios de evaluación y detección de simulación y disimulación, por patologías (física, psicológica y neurocognitiva),

específicos para cada trastorno concreto, diferenciando entre el abanico posible de contextos militares y adoptando conclusiones basadas en grados de certeza.

- Realizar estudios con instrumentos de medida de simulación y de disimulación de psicopatología en muestras militares, que se puedan emplear en los protocolos que se propone en el punto anterior, sería parte fundamental para mejorar la calidad de las evaluaciones.
- El hecho de que la psiquiatría militar (p.ej. Llaquet, 2006; Morales et al., *en prensa*) no mencione el rigor metodológico en sus clasificaciones, ni las pruebas empleadas o los criterios objetivos en los que basan la causa-efecto de los diagnósticos emitidos, ni qué protocolo de detección de patrones distorsionados siguen en las evaluaciones periciales, ahonda en los procedimientos basados en el ojo clínico, la experiencia o la intuición. Hay que señalar que no hay ninguna evidencia empírica para afirmar que el ojo clínico o la experiencia conduzcan a una mejor detección de patrones distorsionados. Por otra parte, no existe un protocolo estandarizado basado en la evidencia para las evaluaciones psiquiátricas/psicológicas forenses en el ámbito militar, por lo que, el abordaje se hace más desde la visión clínica que desde la pericial. Esto supone una practica contraria a la tendencia actual en el ámbito de la salud. Por ello, parece necesario formar, a los profesionales implicados en el área de salud mental en la detección de simulación de trastorno mental basada en la evidencia y en el protocolo que se propone crear.
- A pesar de que el papel del psicólogo en las evaluaciones psicológicas está consolidado tanto para los psicólogos clínicos como para los generalistas sanitarios, en las FAS, dichas evaluaciones están siempre contenidas en el ámbito de los reconocimientos médicos y, por tanto, supeditados a éstos. Teniendo en cuenta que la psicología goza del mismo rango legal que la psiquiatría en el ámbito forense y que, además, dispone de procedimientos, métodos e instrumentos de fiabilidad y validez demostrados, merece la pena reflexionar sobre las prácticas actuales. En este sentido, los psicólogos españoles del ámbito de Instituciones Penitenciarias que ejercen labores periciales están emancipados de la medicina y, en consecuencia, los Jueces valoran sus informes de manera independiente.

## **Capítulo 3**

### **Modelos de simulación**



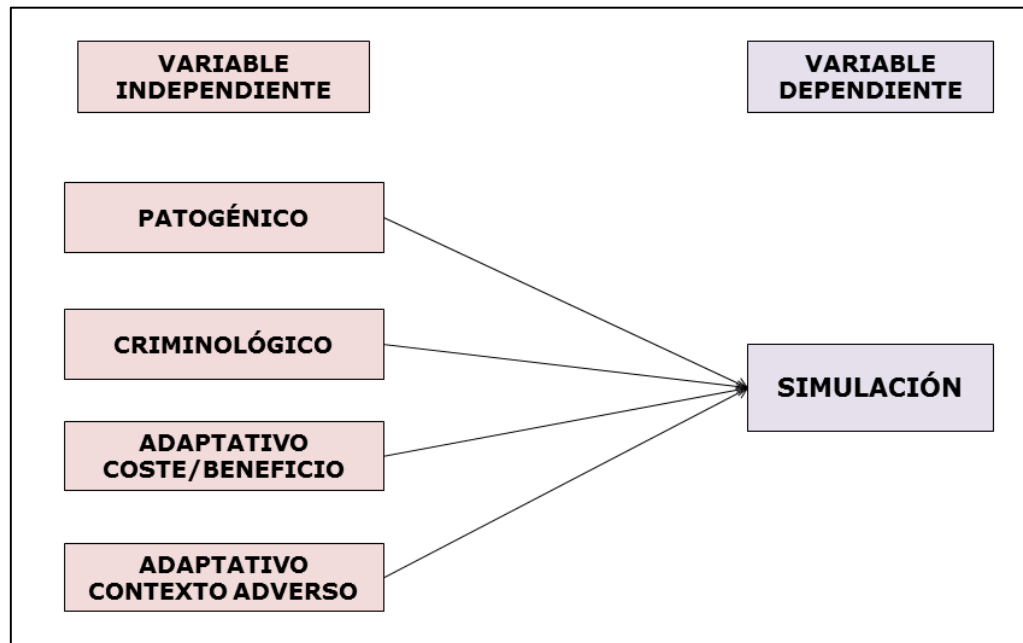
### **3.1. Modelos psicológicos de simulación**

Una de las principales preguntas respecto a la detección de simulación de enfermedad, gira en torno a la motivación que hay detrás de dicho comportamiento. Por ello, la evaluación de la motivación es fundamental en contextos forenses en los que se busca detectar/ descartar simulación (Rogers, Bagby y Dickens, 1992). Ejemplos de ello son las propuestas elaboradas por Franzen, Iverson y McCracken (1990), Pankratz y Binder (1997), Ruff, Wylie y Tennant (1993), así como las tipologías de simulación que expone Gisbert Calabuig (1998). Aunque, quizás el modelo de simulación con más impacto en la literatura científica ha sido el de Richard Rogers. Dos autores, McCaffrey y Weber (1999), destacaron dicho modelo por su practicidad.

Rogers (1990a, 1990b) categorizó tres modelos para explicar por qué determinadas personas simulan enfermedad: El patogénico, según el cual la simulación es consecuencia de un trastorno psicopatológico anterior; el criminológico, que postula una personalidad antisocial y opositora como causa de la simulación; y el adaptativo, que asume que la simulación es una forma de afrontar una situación adversa. Posteriormente, Rogers, Sewell y Goldstein (1994) pusieron a prueba dichos modelos en una muestra de 320 psicólogos forenses expertos, mediante la confirmación de distintos atributos asociados a cada modelo exploratorio. El modelo adaptativo resultó ser el que más peso tenía en la explicación de la simulación, seguido del criminológico y del patogénico y siendo, este último, el menos convincente para los expertos.

Cuatro años más tarde, el modelo adaptativo se descompuso en dos (Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein y Leonard, 1998): Coste-beneficio y circunstancias adversas (ver Figura 3.1). En esta investigación se encontró que, en contextos forenses, el modelo adaptativo coste-beneficio era el más prototípico, seguido del criminológico y del circunstancias adversas. Mientras que, en contextos clínicos, la causalidad de la simulación se explicaba mejor por el modelo de circunstancias adversas, después por el de coste-beneficio y, por último, por el criminológico.

**Figura 3.1. Modelo explicativo de simulación (Rogers, 1990b, 1997 y 2008a; Rogers, Sewell y Goldstein, 1994; Rogers et al. 1998; Rogers y Bender, 2003; Rogers y Neumann, 2003; Rogers, Sewell y Gillard, 2010; González Ordi et al., 2012).**



Un planteamiento actual sobre los modelos explicativos de la simulación basados en la motivación, es el de González Ordi et al. (2012) tomado de Rogers (1990b, 1997 y 2008a), Rogers, Sewell y Goldstein (1994), Rogers et al. (1998), Rogers y Neumann (2003), Rogers y Bender (2003) y Rogers, Sewell y Gillard (2010). Dicha propuesta, adaptada de Rogers y Neumann (2003), es una clasificación en función de la motivación y contempla, además, el estilo interpersonal del simulador (ver Tabla 3.1).

Otras aportaciones en modelos de simulación, no se elaboran tanto de cara a explicar la conducta, sino que se plantean como ayuda en la toma de decisiones de los evaluadores. Ejemplo de ellos es el modelo de Young (2014). Este autor describe un sistema de diagnóstico para la detección de simulación de TEPT, dolor crónico y problemas neurocognitivos aplicable en las evaluaciones de discapacidad. Esta propuesta se basa, por un lado, en el modelo de simulación de disfunciones neurocognitivas de Slick, Sherman e Iverson (1999), así como en las recomendaciones propuestas por Rogers, Bender y Johnson (2011a, b) y Boone (2011). Y, por otro lado, en el modelo de discapacidad por dolor crónico simulado de Bianchini, Greve y Glynn (2005). Además, debido a la ausencia de un sistema de detección de TEPT

simulado, el autor partió del protocolo de Rubenzer (2009). Previamente a la descripción de su sistema diagnóstico, Young (2014) señala que su modelo ilustra que no sólo los evaluados están sujetos a sesgos que requieren comprobación y moderación, los evaluadores y la industria participante en contextos medicolegales también. En este sentido, el autor provee un modelo de sesgos sistemáticos que influyen tanto a los evaluados (clientes, demandantes, solicitantes) como a los evaluadores (psicólogos, psiquiatras, profesionales que intervienen en el tratamiento, aseguradoras, abogados). El núcleo de este modelo de detección de simulación se centra en un sistema de calificación de siete niveles, estilos, sesgos de respuesta o inconsistencias/discrepancias (tomado de Slick, Sherman e Iverson, 1999), que van desde la ausencia total de sesgos, hasta la simulación franca, pasando por la “zona gris” o indeterminada. Las siete posibles clasificaciones serían: a) simulación segura; b) exageración segura o no creíble; c) exageración moderadamente no creíble; d) zona gris o indeterminada; e) discurso creíble pero posibles inconsistencias o exageración; f) discurso creíble pero exageración mínimamente posible; y, por último, g) ausencia de sesgo, discurso creíble, no exageración ni inconsistencias. Tal y como apunta el mismo Young (2014), hasta que su fiabilidad y validez sean demostradas, este modelo no debe emplearse en las evaluaciones con total confianza sino que se puede recurrir a él como guía y con prudencia.

**Tabla 3.1**  
**Modelos de simulación según los fines (Adaptado de González Ordi et al., 2012)**

<b>Modelo Patogénico</b>
La mentira no es consciente
La simulación es prodrómica a la patología real
La simulación se utiliza para controlar la patología
La simulación se utiliza para negar la patología real
La simulación se utiliza para prevenir crisis emocionales
<b>Modelo Criminológico</b>
Estilo impersonal arrogante, mentiroso, impulsivo e irresponsable
Déficits en expresión y experiencias afectivas
<b>Modelo Adaptativo (coste-beneficio)</b>
La mentira implica una toma de decisiones racional
Se valoran distintas alternativas antes de engañar
Se evalúa la probabilidad de éxito y fracaso
<b>Modelo Adaptativo (circunstancias adversas)</b>
La simulación es una estrategia de afrontamiento ante la adversidad
La simulación se utiliza para obtener ventajas en situaciones desfavorables
Es la mejor opción de obtener lo que se quiere



### **3.2. Avances en los modelos de simulación desde la metodología idiográfica**

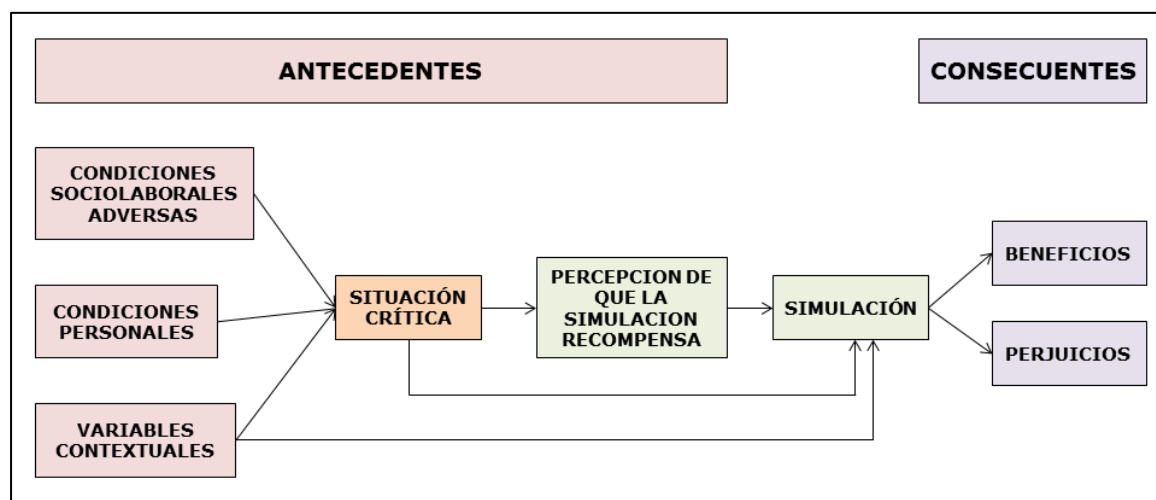
El modelo predominante en la actualidad explica la simulación desde variables psicológicas, entendiendo que la simulación es causada por ellas (ver Figura 3.1). Sin embargo, distintos autores (p.ej. Vallejo Nájera, 1939; Drob, Meehan y Waxman, 2009; González Ordi et al., 2012) han señalado que la simulación es el resultado de un contexto –en el que el sujeto “lucha” por adaptarse–, por lo que no representa un conjunto de características psicológicas duradero y estable. Además, el modelo psicológico ignora que la simulación es una respuesta temporal dirigida a un objetivo concreto, que se mantiene por los mismos mecanismos en los cuatro prototipos del modelo. Estos mecanismos son los reforzadores positivos y negativos, que son beneficios para el sujeto siempre previos a las consecuencias de la detección. Por otra parte, mientras la probabilidad de ser detectado, denunciado y castigado por simular sea tan baja, los castigos podrán disuadir, pero no llegarán realmente a controlar la conducta. De este modo, la simulación se puede conceptualizar bajo el modelo adaptativo para todos los prototipos de simuladores, en línea con el planteamiento que han realizado González Ordi et al. (2012) (ver Figura 3.2).

Así, el hecho de que –en la misma situación– unas personas desarrollen trastornos psicológicos o problemas psicosociales y otras no, o el hecho de que unos simulen y otros no, dependerá de un compendio de factores. Esto hace que sea necesario crear un modelo más complejo, que valore y analice todas las variables implicadas en la simulación, desde un punto de vista multinivel.

González Ordi et al. (2012) proponen un modelo funcional (no comprobado empíricamente todavía), según el cual la simulación tiene unos antecedentes, un acontecimiento vital crítico que la precipita y unos consecuentes que refuerzan o extinguen su probabilidad de ocurrencia. Además, ante el acontecimiento vital crítico, es requisito que el sujeto perciba que la recompensa por mentir es mayor que el castigo por hacerlo (Ekman, 1985; citado por González Ordi et al., 2012), de modo tal, que dicha percepción se vea “mediatizada por diversas variables antecedentes” (p. 40).

Entre los factores desencadenantes que estos autores plantean, se encuentran las condiciones socio-laborales adversas, las condiciones personales y las variables contextuales facilitadoras (ver Figura 3.2). En estos momentos, el modelo psicológico (Figura 3.1) y el adaptativo (Figura 3.2) coexisten.

**Figura 3.2. Modelo adaptativo de la simulación como estilo de respuesta ante la enfermedad basado en la estructura del Análisis Funcional de la Conducta (Adaptado de González Ordi et al., 2012).**



### 3.3. Principales problemas del modelo psicológico de simulación

La trayectoria que ha tenido el estudio de la simulación se puede resumir de la siguiente manera (Rogers y Neumann, 2003): Primero, la simulación se comprendía mediante explicaciones patogénicas influenciadas por el pensamiento psicoanalítico. Posteriormente, el DSM-III (APA, 1980) articuló la simulación en base al modelo criminológico y, finalmente, para huir del planteamiento dicotómico basado en un único criterio, Rogers (1990a, 1990b) propuso el modelo adaptativo. Pasados unos años, Rogers, Sewell y Goldstein (1994) y Rogers et al. (1998) tomaron la teoría de prototipos de Rosch (1973, 1978), desarrollada para investigar constructos complejos en las ciencias sociales, y elaborar, así, los modelos explicativos de la simulación que hoy en día son más aceptados.

Estos modelos se propusieron para esclarecer las motivaciones que llevan a determinadas personas a simular (Rogers y Neumann, 2003). Sin embargo, la teoría de los prototipos se basa en la técnica de análisis de componentes principales que, lejos de demostrar causalidades, está limitada a obtener correlaciones. Esta aproximación estadística se usa para analizar interrelaciones entre variables y explicarlas en función de sus dimensiones subyacentes comunes -o factores- con el objetivo de condensar la información de un número amplio de variables a un conjunto más pequeño -o factores- (Hair, Anderson, Tatham y Black, 2007). Los modelos elaborados, por tanto, parten de descripciones cuyo fin es elaborar perfiles, no explicar la conducta. No son modelos causales, ni predictivos y, por tanto, no son modelos explicativos. Son modelos heurísticos que pueden orientar al evaluador en la toma de decisiones pero nunca a basar sus decisiones en ellos. Esta cuestión es un inconveniente epistemológico por equiparar correlaciones con causalidades, asumiendo que el que se den dos hechos juntos implica cierta causalidad.

Otro problema metodológico que no ha superado aún el análisis científico de la simulación, es el de los sesgos del experimentador. En una primera fase, estos modelos exploratorios, crean prototipos mediante técnicas de análisis factorial de los constructos previamente asumidos y determinados por el investigador (p.ej. Rogers, Sewell y Goldstein, 1994; Rogers et al. 1998) que serán, en una segunda fase, delimitados subjetivamente por el evaluador. En esta línea, Rogers, Sewell y Goldstein (1994) encontraron que las clasificaciones de los expertos estaban relacionadas con su orientación o especialización, por tanto, los de corte más forense tendían a hacer clasificaciones de tipo criminológicas, mientras que los clínicos las hacían de tipo patogénico. De este modo, los tres prototipos demostrados partieron de sesgos del investigador primero y del evaluador después. Sesgos similares aparecen en investigaciones con muestras militares (Iancu et al., 2003).

En otro orden de cosas, la tendencia a conceptualizar la simulación de enfermedad por parte de los distintos autores, se ha hecho desde la perspectiva clínica y considerando, únicamente, variables psicológicas. Teniendo en cuenta las clasificaciones de simulación hechas a lo largo de la

historia, se podría decir que, estos modelos, no han avanzado sustancialmente. Valga como ejemplo, la distinción que hizo Díaz Alcrudo en 1850 (según Lozano et al., 2006a) entre simuladores intencionales y patológicos. Este mínimo avance o avance limitado, podría estar relacionado con que los modelos planteados son reduccionistas, al comprender sólo una parte del problema y omitir otros factores relevantes en la explicación de la simulación, como pueden ser los psicosociales, organizacionales, culturales o político-sociales.

Este reduccionismo en la explicación de la simulación se debe, seguramente, a que sólo se ha estudiado desde la perspectiva clínica y, ésta, es una disciplina reconocida y regulada muy recientemente que ha tendido a tomar la herencia psiquiátrica como camino. El problema es, en palabras de López y Costa (2013), que "Al aplicar a los problemas psicológicos los modelos anatomoclínicos, fisiopatológicos y etiopatogénicos, se cometió un error categorial: meter un fenómeno, la experiencia vital y transaccional de un problema psicológico, en una categoría que no le corresponde, la categoría de las enfermedades, de las patologías, de las psicopatologías, tal como las formalizó Kurt Schneider". Así, la visión que se ha mantenido de la simulación partió del paradigma médico, en donde sólo cabían dos alternativas, la enfermedad (modelo patogénico) y la psicopatía (modelo criminológico), olvidando, por tanto, y omitiendo, la visión propia y característica que la psicología aporta a los constructos mentales.

Otro problema de los modelos psicológicos es que las clasificaciones no se hacen desde un mismo parámetro, mezclándose una tipología de estado y contextual (explicación adaptativa), con una de estado e interna (explicación patogénica) y con una de rasgo, estable e interna (explicación criminológica). Por este motivo, las clasificaciones o tipologías no pueden ser mutuamente excluyentes, hecho confirmado por González Ordi et al. (2012). Luego, si un mismo individuo puede incluirse, a la vez, en los tres modelos ¿Qué eficacia se obtiene con la clasificación?

En cuanto al planteamiento de los modelos dirigidos no tanto a la causalidad, como al diagnóstico de la simulación, como el de Young (2014), hay que reconocer que, quizás, mejoran la eficacia en la clasificación, pues al

sujeto sólo se le puede clasificar de una forma o en un grado de probabilidad de simulación/ franqueza. Sin embargo, al elaborarse para facilitar la toma de decisiones de los evaluadores en contextos clínicos o forenses, no pueden considerarse como modelos causales de la simulación.

En conclusión, los principales problemas que subyacen a los modelos psicológicos de simulación son:

- Pretende entender las motivaciones que llevan a simular, sin embargo, en línea con Popper (1959), conocer las motivaciones nunca será posible porque no satisface el principio de falsabilidad.
- No emplean la metodología científica adecuada, llevándoles a aceptar un error epistemológico de base, como es el equiparar causalidad con correlación. Así, estos modelos no explican relaciones causales entre variables.
- Se hacen para describir patrones y crear prototipos, no para comprender, medir y explicar la amplitud del constructo que subyace a la simulación. Además, los prototipos se crean partiendo de sesgos (p. ej. Rogers, Sewell y Goldstein, 1994; Iancu et al., 2003). Esta cuestión, conlleva un serio problema deontológico por favorecer las clasificaciones basadas en estereotipos y, además, hacerlo bajo el amparo de la cientificidad (en el apartado siguiente se retomará esta idea).
- Parten de una mínima reducción del amplio compendio de variables asociadas a la simulación (Snyder, 1998; Merckelbach y Merten, 2012; Bass y Halligan, 2014; Niesten et al., 2015).
- No son eficaces a la hora de clasificar a los sujetos. Por lo que tampoco generan un impacto significativo en la práctica profesional de los evaluadores.
- Se centran exclusivamente en investigar las características negativas de las personas simuladoras, obviando los factores que favorecen la honestidad.
- Se han focalizado, en exceso y sin basarse en datos empíricos, en el modelo criminológico. Sin embargo, la evidencia demuestra que la simulación no se explica por la presencia de psicopatía (Rogers, Gillis y Bagby, 1990; Rogers y Cruise, 2000; Poythress, Edens y Watkins, 2001; Lilienfeld y Fowler, 2006; Kucharski, Duncan, Egan y Falkenbach, 2006;

Rogers, 2008b; Vitacco, 2008; Pierson et al., 2011; Demakis et al., 2014; Niesten et al., 2015).

- La historia de la evaluación y clasificación de la simulación en militares ha estado exenta de reflexión y debate deontológico (Vautier et al., 2010). Al haber estado los médicos militares influenciados por el conflicto de rol asociado a su profesión (médico versus forense) se creó una tendencia que concebía a los simuladores –en general- como mentirosos voluntarios e intencionales. Cuando la psicología comienza a investigar la simulación en el siglo XX, adoptó la misma visión sobre la simulación que se venía manteniendo por la medicina.

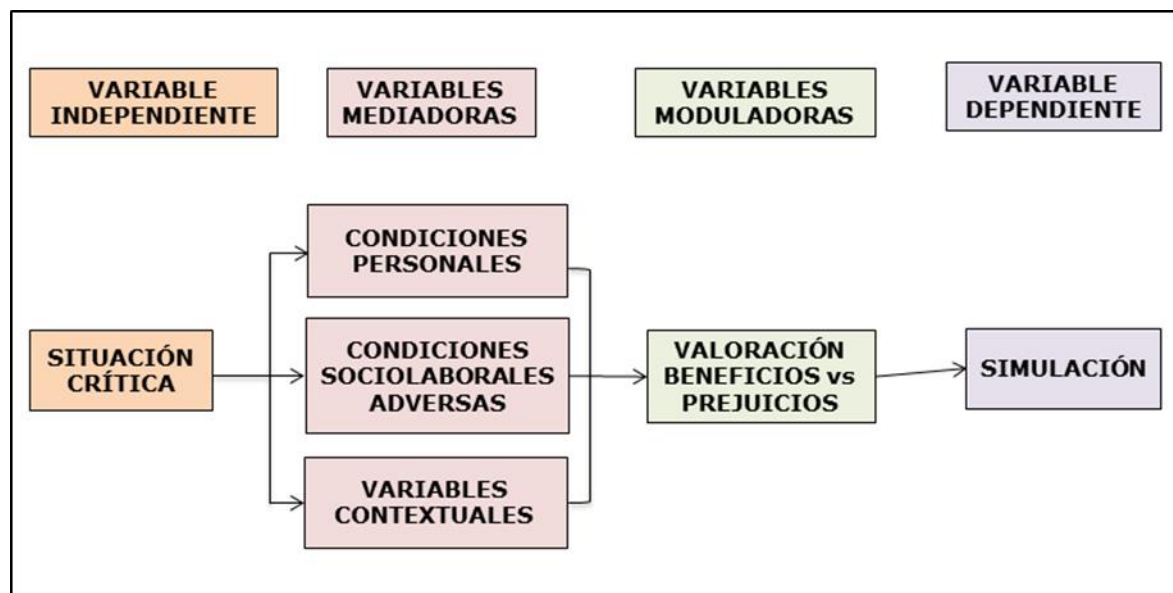
### **3.4. Principales problemas del modelo idiográfico de simulación**

Si bien es cierto que el modelo de González Ordi et al. (2012; Figura 3.2) va más allá en el planteamiento de la explicación de la simulación dado hasta ahora, creando un análisis multinivel, sigue habiendo cierta ambigüedad acerca de cuáles son las variables independientes, las moduladoras o las mediadoras, o de cómo son las relaciones entre las distintas variables. El problema, es que no se delimitan las variables, porque incluye en “antecedentes” variables con capacidades diferentes. Además, la variable “condiciones personales” se define tanto como variable “mediadora” (p. 40), como “moduladora” (p. 42). Si la descripción del modelo que hacen González Ordi et al. (2012), se tradujera a un modelo causal con variables independientes y dependientes, entonces, el planteamiento que proponen se podría parecer a la Figura 3.3.

Cabe señalar, que el modelo representado en la Figura 3.2 posee la estructura típica de los análisis funcionales de conducta, propia de la perspectiva conductista y al que se ha recurrido habitualmente para elaborar hipótesis de trabajo en el ámbito clínico (p. ej. Labrador, Cruzado y Muñoz, 2004). Pero, hay que recordar que, esta técnica, se basa en que los reforzadores mantienen las conductas, mientras que los castigos las extinguen (Thorndike, 1898, 1927, 1933; Skinner, 1938); que no es un método de análisis nomotético (Fuentes Ortega y Quiroga Romero, 2004); y que, en el ámbito clínico, permite elaborar hipótesis de trabajo y delimitar

diagnósticos e intervenciones para clientes individuales (Haynes y O'Brien, 1990). El problema principal, entonces, radica en que basar un modelo teórico en una estructura ideográfica empleada para caso único, puede no dar como resultado un modelo nomotético.

**Figura 3.3. Modelo adaptativo de simulación elaborado a partir de la descripción de González Ordi, Santamaría Fernández y Capilla (2012).**



Otro problema, surge al explicar la simulación en base a una secuencia temporal de hechos cuando, en la práctica, la secuencia no sigue el planteamiento skinneriano o, si lo sigue, no es con los consecuentes que plantean González Ordi et al. (2012). Quizás, dichos consecuentes se han sobrevalorado. Puede que la estructura del modelo sea útil para explicar e intervenir en las fobias, adicciones o conductas que hayan pasado por un proceso de condicionamiento operante. Sin embargo, la simulación no pasa por dicho proceso, ya que los refuerzos/ castigos –aceptados hasta ahora- no intervienen en el orden cronológico esperado y, cuando aparecen, lo hacen a muy largo plazo desde que se emitió la conducta. No hay que olvidar que el sujeto sabe que cuenta con dos grandes ventajas. La primera, es que la mentira, en general, es muy difícil de detectar y, la segunda, es que la industria forense y la Justicia, en particular, se hallan inmersas en un modelo de bienestar proteccionista.

Por ello, en realidad, tal y como refleja la propia explicación de González Ordi et al. (2012), las consecuencias de simular -entendidas como expectativas de ganancia segura- funcionan como variable independiente o moduladora en todos los casos (Figura 3.3). Es decir, no se simula y luego aparecen las consecuencias y estas refuerzan o extinguen la conducta. Sino que el sujeto, inmerso en una situación subjetivamente desagradable, asume la actitud de que la simulación es una alternativa que va a reducir su malestar o que le va a proporcionar bienestar y, por último, simula. En toda esta secuencia, los reforzadores/ castigos no han intervenido. Esto es así para la simulación por definición. Por ello, la secuencia psicológica temporal del sujeto, no se corresponde con la secuencia del análisis funcional.

Un asunto pendiente en la investigación de la simulación, es el impacto de género asociado a esta conducta. No son pocos los autores que describen que, según los evaluadores, la simulación es más probable en las mujeres que en los hombres (Gjesdal, Ringdal, Haug y Mæland, 2004; Karlsson, Carstensen, Gjesdal y Alexanderson, 2008; Quezada-Ortega, Razo-Mondragón, Marín-Cotoñieto, Salinas-Tovar y López-Rojas, 2006; Steenstra, Verbeek, Heymans y Bongers, 2005; Benavides et al., 2007; Santamaría, Capilla y González, 2013) o que las mujeres y los hombres simulan de diferente manera (Rogers et al., 1998). De hecho, Rogers y Reinhardt (1998) comentan que esta percepción puede deberse al sesgo histórico relacionado con la histeria o el trastorno somatomorfo asociado a las mujeres. Estos estudios lanzan los datos descriptivos sin ninguna reflexión, ayudando, así, a crear prototipos, pero, también, estereotipos. Un problema añadido, es que los estereotipos quedan amparados por la propia comunidad científica, lo que implica que los profesionales asuman dichas creencias como válidas sin cuestionarlas.

¿Es que las mujeres recurren a la simulación más frecuentemente que los hombres? ¿Es que los profesionales evaluadores están influenciados por ciertas actitudes estereotipadas hacia las mujeres? En caso de que las mujeres emplearan, realmente, la simulación más que los hombres ¿Qué variables determinan y modulan la conducta? En este sentido, Brage, Nygard y Tellnes (1998) señalan el impacto modulador de los factores sociolaborales asociados al rol de género en la prevalencia y duración de las enfermedades



musculoesqueléticas. Por ello, habría que analizar el papel que tienen los riesgos psicosociales en la simulación ya que, la influencia del conflicto entre la vida laboral y la familiar está modulada por el género y el peso de los roles sociales (Korabik, McElwain y Chappell, 2008) debido, posiblemente (Pleck, 1977), a la existencia de una mayor permisividad, en los hombres, a que el trabajo interfiera en la familia y, en las mujeres, a que la familia interfiera en el trabajo, sobre todo cuando éstas tienen hijos (Parasuraman, Greenhaus y Granrose, 1992). Es decir, se puede estar clasificando como simulación lo que, en realidad, es una respuesta a los distintos riesgos psicosociales laborales asociados al género.

El inconveniente del modelo idiográfico, por tanto, es que los refuerzos y castigos que define como consecuentes son, en realidad -en la mente del sujeto- antecedentes a la conducta. Además, probablemente, los verdaderos antecedentes y consecuentes no se están contemplando en el modelo.

Por todo ello, los principales problemas que soporta el modelo idiográfico son:

- El planteamiento del modelo no sigue una estructura científica nomotética, sino idiográfica. Por ello, no termina de comprender, medir y explicar el fenómeno de la simulación.
- Hay ambigüedad en la descripción de las variables.
- Las variables no se definen en términos causales.
- Infravalora el poder los consecuentes encubiertos y sobrevalora el de los refuerzos/ castigos que parecen evidentes.
- Omite otras posibles causas de la simulación al margen de la perspectiva clínica.
- Omite los efectos de las terceras variables en la investigación psicológica.
- Se centran exclusivamente en investigar las características negativas de las personas simuladoras, obviando los factores que favorecen la honestidad.
- No abordan la perspectiva de género, ni la de la salud ocupacional. Teniendo en cuenta que los estudios descriptivos de la simulación, están creando prototipos de simulador en los cuales las mujeres encajan más

que los hombres, parece que es urgente adoptar este enfoque, pues, no hacerlo repercute en la deontología científica y profesional.

### **3.5. ¿Necesita la simulación un modelo nomotético?**

El avance en el campo de la simulación se ha visto lastrado por la ausencia de un marco teórico y metodológico que guiara su desarrollo (Santamaría, 2014). Rogers, Sewell y Goldstein (1994) afirmaron que la mayor parte de los esfuerzos en investigar la simulación, se estaban dirigiendo a establecer los índices de validez de los test psicológicos y a generar medidas específicas para evaluar los distintos estilos de respuesta, y poco se estaba haciendo por entender quién simula y por qué lo hace. Veinte años después, se sigue más o menos igual. Esta tesis misma no ahonda, tampoco, en dichos modelos, sino en los instrumentos de medida.

Se podría decir que, en estos momentos, los modelos explicativos de la simulación no han entrado en fases científicas estando, en palabras de Kuhn (1962/2004), en fases preparadigmáticas, confundiéndose todavía las causas de la simulación con las motivaciones personales, las consecuencias positivas de simular, los mecanismos por los cuales se mantiene la conducta, el tipo de personalidad del simulador, o si hay patología o no la hay. Principalmente se está cometiendo el error de confundir las variables moduladoras y mediadoras, con las independientes, incluso con las dependientes. Por otra parte, al estar estos modelos enfocados exclusivamente a la clasificación conductual en contextos clínico-forenses, no conciben la simulación como fenómeno psicosocial u organizacional cuando, en realidad, lo es. Además, aunque en realidad se elaboran para facilitar la toma de decisiones de los evaluadores, todavía siguen creando criterios de decisión estereotipados. En conclusión, estos modelos no son predictivos, no se han elaborado mediante técnicas de regresión y no se han estudiado ni su eficacia, ni su potencia. Además, aunque se dirijan a la toma de decisiones en contextos clínico-forenses y se intuya que son capaces corregir la experiencia y la intuición del clínico, tampoco se sabe en qué medida lo hacen.

Los dos apartados anteriores han tratado de exponer, principalmente, tres argumentos acerca de la necesidad de crear modelos empíricamente

validados para explicar la simulación desde la autonomía científica que tiene la psicología. El primero, tenía que ver con el rumbo psiquiátrico que ha tomado la psicología a la hora de explicar la simulación y, el segundo y tercero, estaban relacionados con la metodología que se ha empleado para investigar este constructo.

Respecto al primero, son cada vez más los autores que proclaman la necesidad de emancipar la psicología del modelo psicopatológico (p. ej. Bentall, 2011; Lilienfeld, 2012; López y Costa, 2014) al haber alcanzado una autonomía y suficiencia epistemológica propias (López y Costa, 2013). La psicología, por si misma, es capaz de explicar y predecir comportamientos, sin necesidad de recurrir a paradigmas importados. Aunque la simulación de enfermedad aparezca y sea evaluada en contextos clínicos y forenses – debido a que lo que se simula es, precisamente, enfermedad, discapacidad o incapacidad- esto no significa que deba ser sólo contemplada desde la dicotomía salud/ enfermedad y perder, en el camino, la diversidad de matices que pudiera haber. De hecho, la crítica al modelo dominante en medicina, basado en el reduccionismo, no es reciente (p. ej. Szasz, 1961/2008; Engel, 1977; Knowles, 1977; Lipowski, 1977) y, en la actualidad, son muchos los autores que proclaman la despatologización de los problemas humanos (p. ej. Bentall, 2011; Lilienfeld, 2012; López y Costa, 2012, 2014).

Esta misma tendencia también se aprecia en la literatura científica reciente sobre simulación. Bass y Halligan (2014) exponen que la implicación de factores no médicos (como la salud ocupacional, la neurociencia social o la psicología clínica) en los modelos de simulación, propiciará una mayor comprensión de dicho constructo. Otros autores, introducen un constructo propio de la psicología social, la disonancia cognitiva, como parte de las explicaciones en el estudio de la simulación (Snyder, 1998; Merckelbach y Merten, 2012; Niesten et al., 2015). En definitiva, parece que son otras áreas de la psicología –incluso otras ramas de conocimiento- las que pueden ampliar el enfoque clínico y ayudar, así, a entender la simulación.

Respecto a la metodología para investigar la simulación, por un lado, el mayor logro, hasta ahora, ha consistido en obtener correlaciones mediante técnicas de análisis factorial. Por lo que, los diferentes autores se han

limitado a elaborar perfiles, sin crear modelos causales, ni predictivos. Y, por otro lado, cuando se ha ido más allá de la teoría de los prototipos, se ha recurrido al modelo conductual del análisis funcional para caso único, implicando, una visión idiográfica. Por último, cuando Gisbert Calabuig (1998) dice que han sido numerosos los autores que han tratado de una forma más científica la simulación de enfermedad, en realidad, no se refiere al método empíricamente validado, sino al observacional e intuitivo del que no se extrae conocimiento contrastado.

Llegado este punto, parece que el estudio científico de la simulación necesita entrar en fase de reflexión, ampliar su visión y plantear nuevas perspectivas. De tal modo que, en el futuro, se disponga de una estructura validada para que las prácticas de los profesionales que se enfrentan a la simulación se basen en, todavía, mejores evidencias científicas que las actuales. Siendo, el fin último, la comprensión del constructo, la eficacia discriminatoria de los modelos y la propuesta de pruebas diagnósticas que ayuden en la toma de decisiones de la industria forense (psicólogos, psiquiatras, abogados, jueces, mutuas, aseguradoras, juntas o tribunales de evaluación para determinar el grado de discapacidad, etc.).

### **3.6. Aproximación a una nueva visión de la simulación**

El estudio de la simulación debe comprender su complejidad, abarcar todos los factores implicados y asumir que es un comportamiento (cognitivo, afectivo y conductual) contextualizado, más enmascarado que observable y que se halla inmerso en un sistema de sistemas interrelacionados. En el apartado anterior, se mencionó, sin ánimo de sonar pretencioso, que, quizá, fuera el momento de introducir los modelos de simulación de enfermedad en una revolución científica y crear, así, un nuevo paradigma. Con toda seguridad, este paradigma está aún lejos de ser desarrollado y validado pues, entre otras cosas, para que pueda llegar a considerarse realmente una novedad como paradigma, tendría que afrontarse, también, la concepción desde la que se aborda el amplio espectro de los problemas/ trastornos mentales y, no sólo, la simulación. Hay que aclarar que, este cuestionamiento o reivindicación, no pretende ser una defensa del

movimiento, surgido a mediados de los años sesenta, acuñado con el término “antipsiquiatría”. No obstante, como señala Santamaría (2014; p. 42) “ los avances realizados en estas dos últimas décadas en la conceptualización de la simulación, en los posibles modelos explicativos y en los criterios diagnósticos han sido notables. Este hecho, junto con el desarrollo de pautas metodológicas en el campo... ha sentado unas ciertas bases para el crecimiento y desarrollo de la investigación en esta área”.

Con el objetivo de explorar una nueva y más amplia visión del asunto, se propone, en primer lugar, desarrollar un enfoque más psicológico de la simulación (en su sentido más amplio y no sólo desde el marco clínico) y, en segundo lugar, explorar diversos modelos teóricos que permitan ampliar el marco de estudio.

El punto de partida, para ampliar la visión conservadora de la simulación en el ámbito forense, reside en que la simulación de enfermedad no es tanto una conducta estática, perfectamente planificada, instrumental para ganar sólo en lo material, elegida libremente entre otras muchas conductas o elaborada desde perfiles psicopáticos. Más bien, la simulación en contextos laborales, desde la psicología, podría ser:

- Un constructo psicosocial que comienza en los múltiples problemas cotidianos (laborales, financieros, familiares, etc.) y se desarrolla como una respuesta temporal y adaptativa.
- Su aparición se hace de forma gradual (Green, 2008; Walters, Rogers, Berry, Miller, Duncan, McCusker, et al. 2008; Walters, Berry, Rogers, Payne y Granacher, 2009; Walters, Berry, Lanyon y Murphy, 2009).
- Debido al malestar y a la consiguiente disonancia cognitiva (Festinger, 1957) que genera la situación, dicha respuesta es seleccionada con muy poca autonomía y libertad. La disonancia cognitiva actuaría, por tanto, como variable mediadora de la simulación.
- Dichos problemas cotidianos, como por ejemplo, algunas de las condiciones sociolaborales adversas descritas por González Ordi et al. (2012), son fenómenos bien conocidos y estudiados en el ámbito de las organizaciones y de los riesgos laborales, por autores como Peiró (1999) o

Peiró y Rodríguez (2008) –entre otros muchos-, denominándose riesgos psicosociales.

- Además, estos fenómenos no están sólo relacionados con la salud y la enfermedad, sino con una multitud de constructos, en muchos casos más sociales que individuales (que se detallarán en el siguiente apartado) en línea con Drob, Meehan y Waxman (2009).
- La resolución de la disonancia cognitiva, se desarrolla de manera no del todo voluntaria y, en cierta medida, de forma no muy consciente, basándose en una justificación de razones pseudolegítimas, amparadas en los derechos fundamentales o en un ideal de justicia –reduciendo, así, el malestar generado por la disonancia cognitiva-. Esto es así, porque las personas necesitan justificar su conducta para que ésta sea coherente con sus creencias y actitudes y, cuando no lo consiguen, experimentan malestar psicológico (Festinger, 1957). Por ello, el sujeto no se implicaría en un proceso de simulación como si estuviera elaborando una mentira conscientemente para conseguir un fin ilegítimo (salvo en, seguramente, contadas ocasiones). Sino que, más bien, con el fin de mantener su homeostasis, a la vez que la visión positiva de sí mismo, elaboraría estrategias de afrontamiento justificadas subjetivamente, pero de dudosa coartada si se plantearan limpia y objetivamente ante un tribunal.
- En línea con el modelo de Nelson y Simmons (2003) que relaciona los estresores con el bienestar, un compendio de variables modularían los efectos positivos y negativos de la disonancia cognitiva sobre la honestidad o la manipulación (que se detallarán en el siguiente apartado).
- En línea con las explicaciones de Pleck (1977) o Parasuraman, Greenhaus y Granrose (1992), ciertos roles sociales pueden estar relacionados con una aceptación, semi-involuntaria y semi-inconsciente, de asumir el rol de simulador para poder hacer frente al conflicto de rol generado por las demandas familiares y laborales a la vez. Pero dicha aceptación también es permitida y, por tanto, reforzada por el ambiente. De este modo, el contexto ayudaría a canalizar los argumentos a favor de las decisiones pseudolegítimas actuando, así, como variable moduladora.

A grandes rasgos, la simulación formaría parte de un continuo cuantitativo integrado en la dimensión honestidad/ manipulación, presentándose en forma

de comportamiento enmascarado multidimensional (cognitivo, afectivo, conductual, fisiológico y social), semi-planificado, más o menos deliberadamente y con más o menos intencionalidad, donde, la intencionalidad, está mediada por la disonancia cognitiva y modulada por reforzadores/ castigos externos o encubiertos, materiales o inmateriales.

### **3.7. Aproximación al estudio de la simulación desde un modelo nomotético**

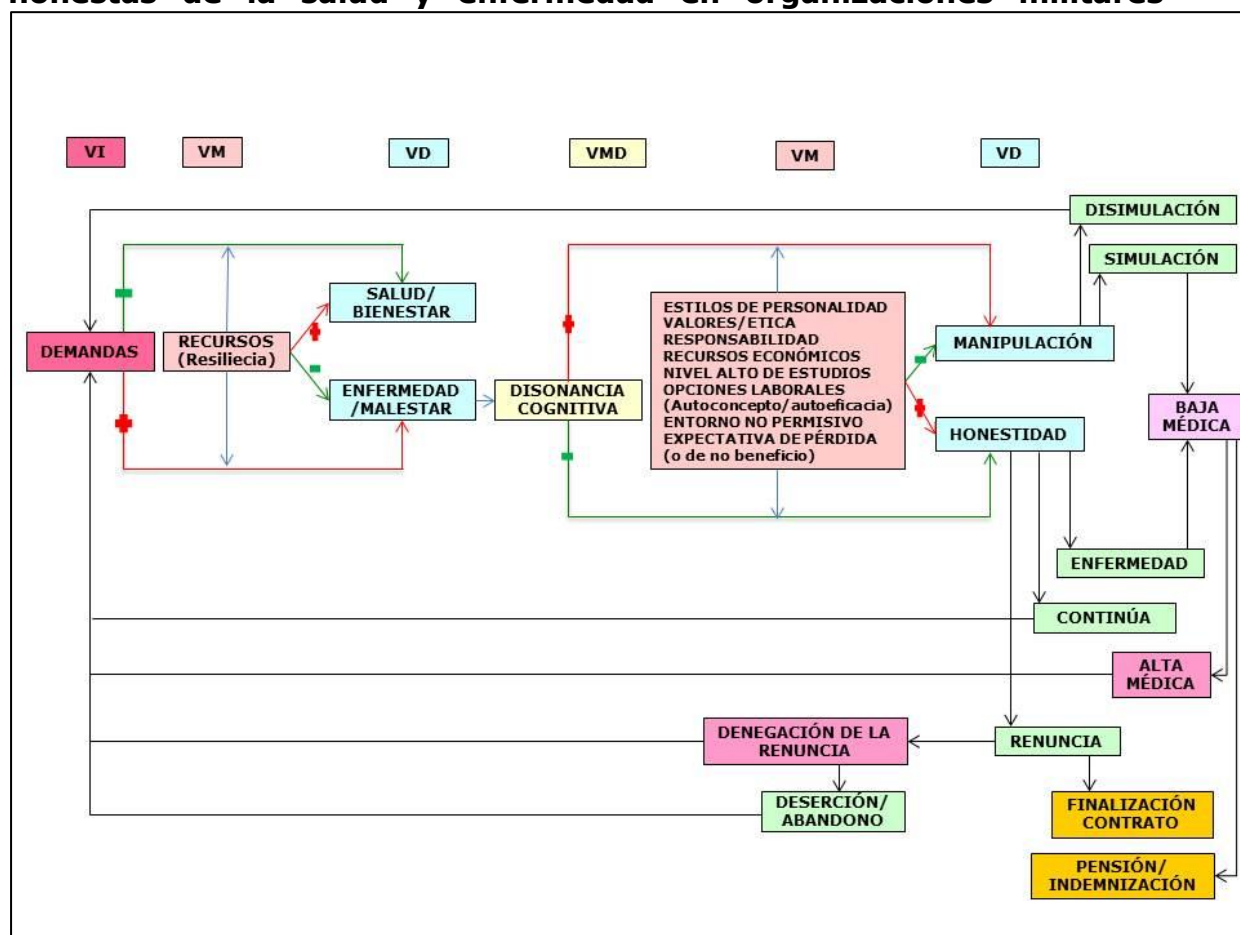
Una vez definida la simulación desde un punto de vista psicosocial, se describe un posible modelo nomotético para estudiar las conductas honestas/deshonestas sobre la salud y enfermedad, en contextos organizacionales. Para ello, es necesario recurrir a otros modelos empíricamente validados y a otras áreas de la psicología.

Se sabe que el estrés laboral no correlaciona con la simulación en las muestras civiles (Santamaría, Capilla y González, 2013) ni en las militares (*Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a). Por ello, el planteamiento que se va a hacer no relaciona directamente ambas variables. Por otra parte, la simulación se desarrolla a lo largo de un proceso biopsicosocial de alta complejidad, de ahí que la propuesta de modelo se componga de dos fases (ver Figura 3.4). La primera, parte de la dimensión adaptativa que tiene la simulación o, en palabras de López y Costa (2013), la magnitud experiencial y transaccional que tienen los problemas psicológicos. De este modo, se incorpora la teoría transaccional del estrés (Folkman y Lazarus, 1980, 1985; Lazarus, 1966, 1993, 2000; Lazarus y Folkman, 1984, 1986) al estudio de la simulación. El modelo transaccional cuenta con 50 años de investigaciones en diferentes contextos, como el organizacional (p.ej. Karasek, 1979) y, dentro del organizacional, en unidades militares españolas tanto en territorio nacional (Bardera y Osca, 2009) como en operaciones (Galindo y Galindo, 2014).

El inicio del modelo comienza en las demandas o riesgos psicosociales asociados a la profesión. Las demandas del puesto de trabajo se refieren a aquellos aspectos físicos, sociales u organizacionales del trabajo, que

requieren esfuerzo físico o mental y están asociados con costes físicos y psíquicos (Demerouti, Bakker, Nachreimer y Schaufeli, 2001). Dichas demandas incluyen variables como el conflicto y la ambigüedad de rol, la sobrecarga, el grado de autonomía, la responsabilidad, el grado y la importancia en la toma de decisiones, las habilidades requeridas para el puesto, las expectativas de promoción y desarrollo, etc. (Ramos, Peiró y Ripoll, 1996). Cuando el sujeto percibe que no puede hacer frente a las demandas, con los recursos disponibles, se deteriora su bienestar psicológico (Burke y Greenglass, 2000; Lu, Tseng y Cooper, 1999) y su satisfacción y su propensión al abandono aumenta (Iverson, Olekalns y Erwin, 1998).

**Figura 3.4. Propuesta de modelo de las respuestas manipuladoras y honestas de la salud y enfermedad en organizaciones militares**





Estos riesgos psicosociales, por tanto, correlacionan positivamente con el malestar, la insatisfacción o los problemas psicológicos y negativamente con la salud, la satisfacción o el bienestar. Sin embargo, esta relación, se ve modulada por los recursos (apoyo social, apoyo comunitario, apoyo financiero, estrategias positivas de afrontamiento, el ajuste, la autoeficacia, la fortaleza física), de tal forma que a mayores recursos menor malestar y mejor salud. La unión de todos estos recursos, da como resultado la capacidad de resiliencia de los sujetos para adaptarse a la situación adversa.

Desde finales del siglo XX, el constructo "resiliencia" ha sido ampliamente abordado, dando lugar un conocimiento muy amplio sobre la capacidad moduladora que tienen las distintas dimensiones de la resiliencia sobre la salud y la enfermedad (para una revisión en contextos militares ver Silgo, 2013). Algunas de estas dimensiones son: Afecto positivo, pensamiento positivo, estilo de afrontamiento positivo, control, realismo, estilo de personalidad *hardiness*, autoeficacia, espiritualidad, altruismo, fortaleza física, experiencia laboral, apoyo familiar y comunitario, o las variables incluidas en el clima y cultura organizacional. Por otra parte, esta capacidad de adaptación es multidimensional y puede variar entre distintas situaciones y a lo largo del tiempo (Masten, Monn y Supkoff, 2011). Por lo que un sujeto puede ser muy competente en unas áreas pero no en otras, en unas situaciones pero no en otras o en un momento dado de su vida pero no en otros.

El resultado final de esta primera fase del modelo sería, la salud/enfermedad, el bienestar/ malestar o la satisfacción/ insatisfacción laboral.

La segunda fase del modelo, comenzaría con lo que hubiera resultado de la fase primera. De este modo, el malestar o la enfermedad, en términos de satisfacción (Locke, 1976, 1984; Schultz, 1985), compromiso (Mathieu y Zajaz, 1990; Meyer y Allen, 1991) o propensión al abandono (Lo y Aryee, 2003; Robinson, 1996; Robinson y Rousseau, 1994; Turnley y Feldman, 2000), serían el antecedente de la disonancia cognitiva y ésta actuaría como variable mediadora de la honestidad/ manipulación (simulación/ disimulación), en términos de absentismo (Johnson y O'Leary-Kelly, 2003) o abandono (Robinson, 1996; Robinson y Rousseau, 1994).

La segunda fase del modelo tomaría dos caminos diferentes, la honestidad o la manipulación. La disonancia cognitiva en los sujetos honestos será mínima y en los deshonestos mayor. Es importante aclarar que, la disonancia cognitiva en este modelo pueden ser variantes de la conceptualización de Festinger (1957) pudiendo ir desde el miedo al estigma (Goffman, 1963; Jones et al., 1984) en los sujetos enfermos que disimulan, hasta los problemas en el clima (Lewin, Lippitt y White, 1939; Moran y Volkwein, 1992) o la cultura (Pettigrew, 1979; Rousseau, 1985) organizacional, la comparación social (Festinger, 1954) o los procesos de ruptura y violación del contrato psicológico (Rousseau, 1995) en los sujetos insatisfechos, que les llevaría a pseudojustificar las razones para estar de baja médica (sin necesitarlo en realidad).

El miedo al estigma ha sido estudiado en muestras militares (Burnam et al., 2008), encontrándose que se compone de dos dimensiones, el del miedo al rechazo por tener un trastorno mental y el del miedo a ser considerado simulador de trastorno mental. En población militar, se observa que este doble estigma tiene un gran poder disuasorio. La peculiaridad del miedo al estigma asociado a los trastornos mentales en contextos militares es, por tanto, que en los casos de disimulación éste actuaría como variable mediadora y en los casos de simulación, como moduladora.

Como variables moduladoras de la disonancia cognitiva se pueden situar: Estar en una mediana edad (Santamaría, Capilla y González, 2013) o algunos constructos como el autoconcepto, la estabilidad emocional, la reactividad emocional, las estrategias de afrontamiento, la independencia, la afabilidad, la responsabilidad, la capacidad para tomar decisiones o la autoeficacia (Aguerrevere, Greve, Bianchini y Meyers, 2008). En muestras militares, estas variables serían: recibir bajos ingresos, los contratos temporales, ser menor de 25 años, estar soltero, tener un bajo nivel de estudios y estar destinado en territorio nacional (*Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a).

Algunas de las variables moduladoras de la simulación aceptadas en la literatura, como tener trabajos poco estimulantes (Santamaría, Capilla y González, 2013), recibir bajos o moderados ingresos (González Ordi et al.,

2012; Santamaría, Capilla y González, 2013), así como escasos incentivos económicos o los planes de carrera limitados (González Ordi et al., 2012), en este modelo se incluyen en la primera fase, dentro de las variables que modulan el bienestar/ salud y malestar/ enfermedad, dentro del clima y cultura organizacional.

Debido a que la literatura científica sobre los estilos de personalidad y simulación es escasa (González Ordi et al., 2012) y contradictoria –ahora se dirá porqué–, situar la personalidad como variable moduladora es todavía complicado (no obstante, se ha situado en el modelo). Algunos autores (Gallagher, 1998; Wise, 2002; Mohino Justes et al., 2004) señalan que algunos estilos de personalidad como la antisocial, la límite o la esquizotípica, estarían relacionadas con una tendencia a simular. Sin embargo, como se explicó en el capítulo primero, otras muchas evidencias apuntan a que la personalidad antisocial no se asocia con la simulación (Rogers, Gillis y Bagby, 1990; Rogers y Cruise, 2000; Poythress, Edens y Watkins, 2001; Lilienfeld y Fowler, 2006; Rogers, 2008b; Vitacco, 2008; Pierson et al., 2011; Demakis et al., 2014; Niesten et al., 2015).

Finalmente, como consecuencias de la honestidad, tendríamos sujetos enfermos (que superan o no temen al estigma), sujetos que insatisfechos que renuncian a su empleo o sujetos que deciden continuar en su trabajo pese a que no les satisfaga. Y, como consecuencias de la manipulación, aparecerían todos los tipos de simulación descritos en el capítulo primero, así como la disimulación. Una característica exclusiva de los contextos castrenses, sería la obligatoriedad de cumplir el compromiso laboral y la consecuente denegación de solicitud de rescisión del contrato de trabajo –lo que, en algunos casos, conduce al abandono de destino o deserción–. Esto conlleva que, los soldados que inicialmente solicitaron la baja voluntaria del ejército, honestamente, por estar insatisfechos, al exponerles forzosamente a volver al trabajo, se aumentaría, todavía más, el malestar –y la disonancia cognitiva posterior– propiciando, todavía más, la magnificación del malestar o la propia enfermedad. De este modo, se pudo concluir que no toda exageración de síntomas es simulación, tal y como apuntan Turk (1996) y Greve, Ord, Bianchini y Curtis (2009).

### **3.8. El marco del modelo nomotético: La visión macrosocial de la simulación**

González Ordi et al. (2012) proponen que se elabore un modelo biopsicosocial de la simulación como respuesta adaptativa, pretendiendo ser “un germen de ideas” o “un modelo de trabajo para futuros planteamientos más sofisticados” (p. 39). Engel (1977) propuso el Modelo Biopsicosocial (MBPS) para evitar el reduccionismo biológico y superar la naturaleza dualista del modelo médico. Una de las intenciones del autor, era explicar porqué unos individuos experimentan como enfermedad lo que otros viven, simplemente, como problemas de la vida. Desde el punto de vista del sujeto, dice Engel (1977), el por qué unos deciden que tienen un problema de toma de decisiones mientras, otros, deciden que están enfermos, está relacionado, básicamente, con el que uno asuma el rol de enfermo y busque entrar en el sistema de salud y no tanto con el hecho de que se sienta responsable de su sufrimiento. Así, el MBPS, concebía originalmente a los individuos que enferman como sujetos activos, en lugar de pasivos, incorporando la responsabilidad y empoderando, por tanto, a los usuarios de los sistemas de salud. El MBPS no se ha desarrollado aún en el área de la salud mental (Tizón, 2007), seguramente, debido a que la medicina no cuenta con las herramientas metodológicas para ello y la psicología, inmersa en el modelo clínico, ha olvidado que las tiene. Sin embargo, es interesante recuperar la actitud y la intención de Engel (1977). Otros autores lo han hecho ya (p.ej. Wade y Halligan, 2004).

Por otra parte, debido a que el organismo biopsicosocial no está aislado, sino que está influido por un complejo sistema de variables contextuales, de tipo social, cultural, histórico, jurídico y político, cabría la posibilidad de importar el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1976, 1977a, 1977b, 1979, 1986, 1992, 1999) al estudio de la simulación desde un punto de vista macrosocial y así implementar la asunción de Drob, Meehan y Waxman (2009) acerca de que la simulación es el resultado de un contexto.

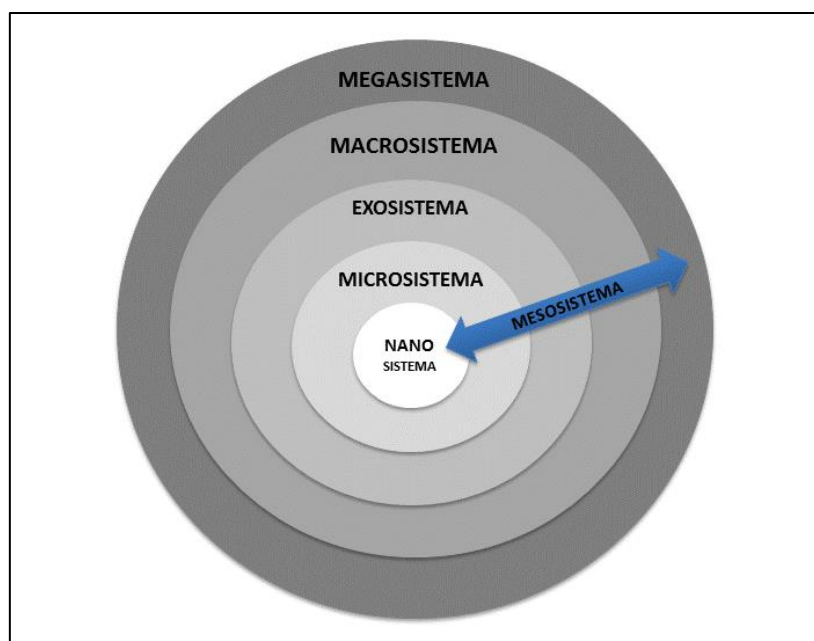
El modelo ecológico, originario de la psicología evolutiva y educativa, se ha trasladado a otras áreas, como la psicología de la salud (p.ej. Broder, 1996; Grzywacz y Fuqua, 2000; Torrico et al., 2001). Su estructura teórica,

partió del planteamiento –realizado por Kurt Lewin (1936)- de que la conducta surge como producto del intercambio que hay entre la persona y su ambiente, relación que se puede expresar mediante la ecuación:  $C = F(PA)$ , donde C= Conducta; F= Función; P=Persona; A= Ambiente. Bronfenbrenner (1979) señaló que tanto la persona, como su ambiente, son activos y cambiantes, de tal modo que, el desarrollo humano consiste en una continua acomodación al entorno inmediato que, a su vez, se ve influenciado por entornos de mayor alcance. Estos entornos o sistemas descritos por Bronfenbrenner son (Bronfenbrenner, 1976, 1977a, 1977b, 1979, 1992): Microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. El microsistema, incluye comportamientos, roles y relaciones de los contextos más cercanos al individuo. El exosistema, son los contextos que no afectan directamente al sujeto pero en los que se producen cambios que si afectan indirectamente a éste; El macrosistema, es el contexto histórico, social, cultural o político en que vive el individuo; Y, por último, el mesosistema, serían las interrelaciones entre dos o más entornos en los que la persona participa activamente, constituyendo un sistema de microsistemas.

Para adaptar el modelo ecológico, se incluyen dos sistemas nuevos, el nano y el mega (ver Figura 3.5). En el nivel más pequeño, se sitúa el nanosistema, que sería el individuo desde un punto de vista biopsicosocial. En este nivel, descansarían las evaluaciones que el sujeto realiza acerca de las demandas y los recursos, es decir, el modelo transaccional del estrés, así como la segunda fase del modelo planeado en el apartado anterior. Por encima del nanosistema, estarían los sistemas micro, exo y macro del modelo ecológico.

Debido al mundo globalizado en el que las personas se desenvuelven en la actualidad, habría que distinguir el nivel macro –entendido como Nación o Estado-, de un nivel superior, el mega, que sería el sistema que influye a y se deja influir por, el sistema macro. Concretamente, el nivel macro sería España y el mega serían, entre otros, Europa, países de nuestro entorno, organizaciones de las que España forma parte, etc. Hay que destacar que es el mesosistema, es decir, las relaciones entre los sistemas, las que explicarían la simulación a nivel macrosocial y donde deben centrarse las investigaciones.

**Figura 3.5. Adaptación del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1976, 1977a, 1977b, 1979, 1986, 1992, 1999) al modelo macrosocial de la simulación.**



### 3.9. Aplicación del modelo nomotético de simulación al ámbito militar

El reclutamiento forzoso se introdujo en España en 1704, pero es la Revolución Francesa la que dio origen a los primeros ejércitos regulares en Europa, modelo que fue imitado por el resto de países. Según García Sanz (2013), la voluntariedad para ser soldado en España dejó de practicarse en el año 1770, cuando Carlos III dictó la ordenanza por la que uno de cada cinco jóvenes en edad militar –de 18 a 40 años– debía incorporarse cada año al ejército. El servicio militar obligatorio en España duró 231 años, iniciándose el ejército profesional en 2001 (Real Decreto 247/2001, de 9 de marzo).

Hablar de simulación en muestras militares, exige mencionar las dos formas posibles de reclutamiento en los ejércitos, la voluntaria frente a la forzosa. La tasa de simulación registrada por Vetter, Gallo, Rossler y Lupi (2009) en reclutas que ingresaban obligados a realizar el servicio militar en Suiza en el año 2003 (4,8%) o la analizada en soldados demandantes de servicios de salud en el ejército israelí (25%; Iancu et al., 2003), frente a los escasísimos militares que simulan en ejércitos profesionales como el Estadounidense (0.004%, Lande y Williams, 2013; 0.032%, *Armed Forces*

*Health Surveillance Center*, 2013a) o el Español (0.08%; PLANESTADEF, 2003- 2013), sugiere que esta variable de tipo macrosistémica debe, siempre, considerarse.

Tal y como se explicó en el capítulo primero, los manuales de clasificación de los trastornos mentales asocian la simulación con el servicio militar obligatorio, sin embargo, muchos países gozan de unas Fuerzas Armadas profesionales. Por ello, los supuestos y reflexiones sobre la simulación en contextos militares han de considerar este hecho fundamental. Además, las situaciones de sospecha de simulación en personal militar varían en arreglo a esta variable. Por ejemplo, cuando la milicia es obligatoria, la simulación de patología se asocia a las fases de reclutamiento mientras que, cuando es voluntaria, las conductas distorsionadas observadas en esta fase se relacionarían con la disimulación de las mismas enfermedades definidas en los cuadros médicos de exclusión que antes se simulaban.

El reclutamiento y la retención en los ejércitos profesionales siempre han estado relacionados, según Contreras Gay (1996), con cuestiones como la cultura de defensa nacional, los niveles de patriotismo, el reconocimiento social a la labor que desempeñan los militares, el grado de aceptación de los conflictos bélicos, las medidas salariales, los beneficios o ventajas adquiridos y la tasa de paro nacional u oportunidades de empleo en el mercado laboral – esto también ocurría en los de los siglos XVI y XVII-. A su vez, estas variables se relacionan con la motivación laboral y la satisfacción y, por tanto, también con la simulación. Así, cuando la variable fundamental para ingresar a filas como soldado se explica, por ejemplo, por la escasa oferta de empleo a nivel nacional, entonces, aumentaría el reclutamiento y la retención de jóvenes desempleados y disminuiría la simulación de los que ya son MTM. Sin embargo, cuando la tasa de paro nacional es pequeña, el reclutamiento y la retención se complican, al tiempo que el bienestar de los soldados puede verse amenazado por una vida mejor en el sector privado. Por ejemplo, en los años anteriores a la crisis económica, cuando la tasa de paro se situaba entre el 7% y el 9%, el hecho de que un 80% de los expedientes que llegaban a las Juntas Médico Periciales, fueran de naturaleza psicológica por problemas adaptativos (Mejías Eleta, 2007), podría tener una explicación más macrosistémica que individual.

En tiempos de guerra, cuando el llamamiento deja de ser voluntario (artículo 30 de la Constitución Española, 1978; artículo 29.a de la Ley Orgánica 5/2005) podría aplicarse un razonamiento similar, aunque éste estaría modulado por variables como una escasa cultura de seguridad y defensa o una baja aceptación del conflicto bélico en el que, políticamente, se decidió participar.

Otras variables macrosistémicas a considerar, son las procedentes de la cultura organizacional, como el tipo de contratación, el plan de carrera, el salario o el nivel de estudios (Santamaría, Capilla y González, 2013; González Ordi et al., 2012; *Armed Forces Health Surveillance Center*, 2013a). Estas variables, a su vez, están asociadas a la escala profesional a la que una militar puede pertenecer. Por ejemplo, en cuanto al nivel de estudios, para acceder a la escala de suboficiales es requisito haber superado los estudios de bachillerato y, a la de oficiales, además, la prueba de acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de Grado (Resolución 452/06642/13). Sin embargo, para ingresar en la escala de Militar de Tropa y Marinería (MTM) la exigencia es mínima, basta con haber acabado la Enseñanza Secundaria Obligatoria (Resolución 452/38050/2013). En cuanto a la estabilidad/precariedad laboral, por poner otro ejemplo, los MTM siempre ingresan a las FAS de forma temporal y un pequeño porcentaje pasará a tener una relación con la Administración de tipo permanente o carrera. Frente a los suboficiales u oficiales que siempre ingresan a escalas de carrera (a excepción de un porcentaje muy bajo que lo hacen a una escala temporal de oficiales de complemento).

Para dotar a la simulación de la reflexión y el debate ético de los que, según Vautier et al. (2010) ha estado exenta, es necesario conocer estas variables contextuales por un lado y, por otro, las asociadas a los conflictos internos al sujeto en forma de disonancia cognitiva y, de este modo, valorar y definir lo que es simulación y lo que son, en realidad, problemas adaptativos o maneras de manifestar opiniones diferentes al orden público establecido (Snyder, 1998; Merckelbach y Merten, 2012; Niesten et al., 2015).





## **Capítulo 4**

### **La detección de simulación de trastorno mental basada en la evidencia**



#### **4.1. Las prácticas basadas en la evidencia en la detección de simulación de trastorno mental**

A lo largo de esta tesis, se han señalado suficientes pruebas como para acreditar que a lo largo de la historia la detección de simulación de trastorno mental no se ha basado en pruebas objetivas. Pero esta forma de trabajar, desde lo intuitivo y tradicional, no era excepcional de esta área de la salud. La práctica basada en la evidencia es un enfoque muy reciente. Silgo (2015) explica su origen y evolución que comenzó en la década de los 70 del siglo XX, gracias al convencimiento de Cochrane (Buss y Shillabeer, 2011) de que la medicina debía de estar basada en la evidencia. Luego vino el avance tecnológico, la aparición de ordenadores, el apogeo de las ciencias de la información, de los programas de bases de datos y el nacimiento de Internet (Claridge y Fabian, 2005; Wyer y Silva, 2009). El término "basado en la evidencia" es, por tanto, relativamente nuevo. Según Claridge y Fabian (2005) comenzó a emplearse en medicina en la década de los 90, por investigadores de la Universidad de McMaster's. En poco tiempo, esta corriente se implantó en otras disciplinas como la enfermería, la psicología, la educación o las ciencias de la información.

Según Sacket et al. (2000) la práctica basada en la evidencia se definió formalmente en 1996 para el área de la salud como "el uso consciente y sensato de las mejores evidencias disponibles a partir de la investigación clínica para el tratamiento de pacientes" y, en 1998, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución para emplear el enfoque basado en la evidencia (Organización Mundial de la Salud; OMS, 2004).

La práctica basada en la evidencia en psicología, según la Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association*; APA, 2005), es la unión de las mejores investigaciones disponibles y la práctica clínica, teniendo en cuenta las características, la cultura y las preferencias de los pacientes. En el mismo documento de la APA se explica que el objetivo de la psicología basada en la evidencia es promover la práctica de la psicología eficaz y mejorar la salud pública, aplicando los principios de la psicología empíricamente validados en la evaluación, formulación de casos, relaciones terapéuticas e intervención. Así, esta corriente, está en contra de las

aproximaciones basadas en la tradición, intuición, creencias u opiniones personales, lo asistemático, convencional, anecdótico, infundado o fortuito (APA, 2002).

El objetivo de la práctica basada en la evidencia para la detección de simulación de trastornos mentales consiste, por tanto, en que se base en modelos e instrumentos de eficacia, efectividad y eficiencia contrastadas. Afortunadamente para los usuarios, los profesionales de la salud mental y la industria forense, la clasificación de la simulación desde criterios empíricamente validados, es ya una tendencia consolidada.

#### **4.2. Evolución de la simulación en contextos civiles y militares en la comunidad científica**

La evolución de la simulación en la comunidad científica tiene un crecimiento ascendente. En la búsqueda realizada en PsycINFO (08/05/2015) sobre simulación, usando *malinger* como identificador, se observa que se han publicado 2436 documentos, de los que 1761 son artículos en revistas científicas, 439 son capítulos de libro o libros y 236 son tesis o tesinas. De estos, 1632 han sido evaluados por expertos. En los primeros 15 años del siglo XX, se publicaron el doble de documentos sobre simulación (1628), que entre los siglos XVIII, XIX y XX juntos (808), datando, el primero, de 1776.

A pesar de que algunos artículos reseñan sucintamente las diferencias de género en la simulación (p.ej. Santamaría, Capilla y González Ordi, 2013), hay que destacar la ausencia de la perspectiva de género en ésta área. En las diferentes búsquedas realizadas, como por ejemplo, "malinger AND (women OR men)" o "malinger AND gender" o "malinger AND role stress", apenas se recogen resultados (11) y, los que aparecen, no analizan, en realidad, el rol de género en la simulación. Sin embargo, como se explicó en los capítulos 1 y 3, en los perfiles de simulación descritos en distintas publicaciones, se señala que las mujeres son clasificadas más frecuentemente que los hombres como simuladoras. No está claro si este es un patrón real o es que las propias clasificaciones parten de sesgos del evaluador. Tampoco se ha generado una reflexión que acompañe estos resultados, repercutiendo,

todo ello, en el fomento de criterios de clasificación estereotipados y el consecuente conflicto deontológico.

Muchos de estos documentos analizan simulación con algún tipo patología. La mayor parte de ellos (552), con problemas neurológicos orgánicos como el traumatismo craneoencefálico, la conmoción cerebral, la epilepsia o problemas cognitivos en la memoria, la atención, la percepción, el aprendizaje, la inteligencia o el reconocimiento. Otras psicopatologías asociadas con la simulación, son los trastornos de la personalidad (288), la depresión (188), el estrés (168; de los cuales 133 son de TEPT), la ansiedad (138), el trastorno facticio (120), el dolor crónico (107), la psicopatía o personalidad antisocial (77) y la psicosis (60). Hay que subrayar la ausencia de referencias que relacionen la simulación con, específicamente, el trastorno mixto ansioso depresivo. La simulación se relaciona con el suicidio en 14 documentos.

En cuanto a las pruebas psicológicas de detección de simulación (*malinger test*), hay 1311 publicaciones que las analizan. La mayor parte de estos test evalúan aspectos relacionados con la neuropsicología en general o los trastornos orgánicos (851) y abordan la evaluación por áreas, como el traumatismo craneoencefálico, la conmoción cerebral, los procesos cognitivos, la demencia, la amnesia, el aprendizaje, la inteligencia, la memoria, etc. Cuando la búsqueda se hace por el nombre de la prueba, el *Test of Memory Malingering* (TOMM; Tombaugh, 1996) es la que más entradas produce (572). Otras pruebas de esfuerzo que evalúan, también, memoria, son el *Word Memory Test* (WMT; Green, Allen y Astner, 1996) con 227 publicaciones, el *Rey Memory for 15 Item Test* (RFIT; Rey, 1964) con 205, el *Victoria Symptom Validity Test* (VSVT; Slick, Hopp, Strauss, Thompson, 1997) con 102 o el *Portland Digit Recognition Test* (PDRT; Binder, 1993) con 83.

Otro tipo de pruebas psicológicas, son las empleadas para evaluar los trastornos mentales en formato inventario, de las que se encontraron 680 resultados relacionados con la simulación (*malinger inventory*). De éstos, el más investigado para la detección de simulación es el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), en sus tres versiones (Hathaway y

Mckinley, 1942; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989; Ben-Porath y Tellegen, 2008), con 338 publicaciones. Le siguen el *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991) con 130, el *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck, Brown y Steer, 1996) con 99, el Rorschach test con 51, el *Trauma Symptom Inventory* (TSI; Briere, 1995) con 46 o las tres versiones del *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI; Millon, 1983, 1987, 1994) con 43.

En cuanto a pruebas desarrolladas específicamente para detectar simulación, destacan la entrevista *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS; Rogers, Bagby y Dickens, 1992) con 109 publicaciones, el *Assessment of Depression Inventory* (ADI; Mogge y LePage, 2004) con 89, el *Miller Forensic Assessment of Symptoms Test* (M-FAST; Miller, 2001) con 54, el inventario *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith y Burger, 1997; Widows y Smith, 2005) con 52 registros o el *M-Test* (Beaber, Marston, Michelli y Mills, 1985) con 13.

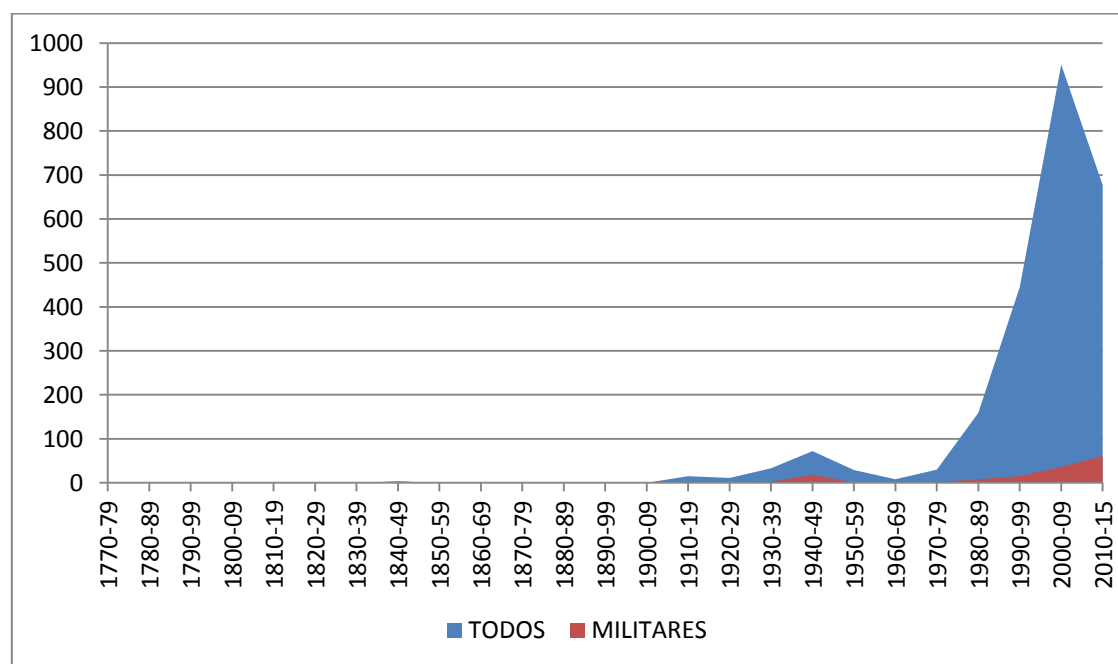
Un 6% de las publicaciones registradas en la comunidad científica están relacionadas con la simulación en contextos militares. De las 2436 publicaciones de simulación, 146 son específicas del ámbito militar ((*malingered* AND (*military* OR *soldier* OR *veteran*)), de las cuales, 108 han sido evaluadas por expertos. Haciendo un análisis exhaustivo de los asuntos tratados en estos trabajos, la temática más frecuente (77%) es el análisis de la patología simulada, destacando los daños orgánicos (48; 33%), seguido del TEPT (36; 25%) y de otras patologías (27; 19%). Con un 52% le siguen las publicaciones que tratan sobre la detección de simulación en el ámbito militar y su prevención, estando, aproximadamente, la mitad de estas (35; 24%) centradas en pruebas específicas de detección de simulación, destacando el MMPI (51%), distintas pruebas neuropsicológicas (29%), el Rorschach (9%) o el PAI (4%). Por último, la descripción de la simulación y su historia se analizan en un 15% de los trabajos publicados en contextos militares.

En cuanto a la productividad científica de simulación en militares, los cinco años primeros de la segunda década del siglo XXI ha sido la más prolífica, con el 41% de los trabajos. Esta década es seguida por la primera

década del mismo siglo (24.5%) y por los años 40 (12.25%), los años 90 (10.20%) y los años 80 (5.44%) del siglo XX.

Respecto al país de origen de la muestra militar, el número de investigaciones se distribuye de la siguiente manera: El 87% procedía de los Estados Unidos; el 3% de Israel; Reino Unido, Francia, Alemania, y Croacia aportaron, cada uno, un 1.3% de la muestra; y Canadá, Australia, Dinamarca, Irak, Suiza, Brasil y España contribuyeron, cada país, con un 0.7%.

**Figura 4.1. Representación de la simulación en la comunidad científica (fuente: PsycINFO, 08/05/2015)**



Por siglos, el patrón que ha seguido la simulación en contextos civiles y militares es muy similar. En el siglo XVIII no se registró ninguna publicación en militares y sólo una en civiles (0.04%). El siglo XIX nos dejó un 2% de trabajos castrenses y un 0.65% de civiles. El siglo XX trajo un 32% de referencias militares y un 33% civiles. Por último, en el siglo XXI (hasta mayo de 2015), se han realizado el 66% de las investigaciones sobre simulación en contextos militares y, también, en los civiles (ver Figura 4.1). Es llamativo



que en los años de la II Guerra Mundial se incrementó considerablemente esta temática.

Hay que subrayar que el avance científico en psicología se plasma, también, en la aproximación al estudio de la simulación en contextos militares. Aunque a lo largo del siglo XX, distintos autores hayan evaluado la sospecha de simulación en investigaciones controladas y con criterios objetivos (p. ej. Hunt y Older, 1943; Hunt, 1946; Gough, 1947; Altus y Bell, 1947; Fairbank, McCaffrey y Keane, 1985) no es, hasta mediados de los años 90 del siglo XX, cuando la tendencia se consolida (p.ej. Wallace, 1995; Liljequist, 1997; Liljequist, Kinder y Schinka, 1998). Por ello y, en línea con Santamaría (2014), se puede decir que, en las dos últimas décadas, por fin, se ha definido un procedimiento de trabajo basado en evidencias empíricas.

En este sentido, los nueve trabajos realizados sobre simulación con muestras controladas (*controlled trial*) se han hecho, todos, en el siglo XXI (uno en el año 2005 y ocho en los cinco años de la presente década). Los diseños con grupos de análogos (*analogue groups*) se registran en 19 referencias, de las cuales, 15 se han hecho en el siglo XXI y cuatro en la última década del siglo XX. De las 21 investigaciones con diseños de grupos diagnósticos conocidos (*known groups*), 19 se han realizado en el siglo XXI y dos en el año 1999. Por último, los diseños de medidas autosuficientes (*bootstrapping comparisons*) se registran en una ocasión, también en el siglo XXI (año 2002).

### **4.3. Metodología de investigación en detección de simulación de trastorno mental**

#### **4.3.1. Diseños experimentales**

Pese a que muchos de los conceptos principales de simulación están bien fundamentados, otros requieren un soporte empírico más sólido. La creación de modelos de simulación, es un área que demanda mayor atención (ver capítulo 3). Como señalan Rogers, Sewell y Goldstein (1994), la mayor parte de los esfuerzos en investigar la simulación no se han dirigido a su comprensión, pero si a su detección. En este sentido, hay que subrayar que

la comunidad científica ha ido estableciendo consistentes índices de validez de las pruebas psicológicas y generando medidas específicas para evaluar los estilos de respuesta honestos y distorsionados. Las investigaciones en esta área, por tanto, destacan por discriminar las mejores pruebas y escalas para la detección de simulación.

La validación empírica se consigue mediante la combinación de diseños de investigación específicos con la tecnología estadística adecuada. Los diseños experimentales en simulación de psicopatología, están condicionados al propio componente intrínseco asociado a la distorsión de la imagen, es decir, a la manipulación. En la evaluación psicológica pueden darse cuatro estilos básicos de respuesta (Rogers, 1984): Sincero, cuando la persona es honesta; simulador, cuando se exagera o inventa patología; disimulador, cuando se niega o minimiza la patología; e inconsistente, que puede ser la consecuencia de no estar involucrado en la evaluación, de procesos psicóticos, de padecer daño orgánico o de no entender lo que se pregunta.

Así, aunque lo ideal sería poder comparar sujetos honestamente simuladores (grupo experimental), con sujetos honestos con psicopatología y con sujetos honestos normales, las dificultades relacionadas con la falta de honestidad en el grupo experimental, obligan a crear diseños experimentales en los que la manipulación esté más o menos controlada. Estos diseños pueden ser (Rogers, 2008a):

- Diseños de análogos (*simulation design*): Diseño en el que hay varias condiciones experimentales a las que los sujetos son asignados aleatoriamente. Una condición, puede constituirse con grupo honesto con psicopatología; otra, con un grupo honesto sin psicopatología (o grupo control); y la condición experimental (grupo de análogos o simuladores) consiste en que los sujetos deberán responder a una prueba clínica, con la consigna de aparentar como si tuvieran algún tipo de trastorno mental. En función de las hipótesis de trabajo, las instrucciones que se dan a esta condición experimental pueden variar. Por ejemplo, se les puede pedir que finjan aparentando un trastorno concreto -como depresión, ansiedad o esquizofrenia-, o que finjan un trastorno mental en general. Para analizar el efecto que tiene el grado de desconocimiento o formación en la

detección, se han hecho variaciones en la condición experimental. Así, puede haber una condición experimental formada por novatos (personas sin ningún conocimiento sobre trastornos mentales y/o ningún conocimiento sobre índices de detección de las pruebas), o formada por expertos (personas con formación en trastornos mentales y/o en pruebas psicológicas y/o índices de validez). Estos diseños cuentan con una validez interna alta, en detrimento de una validez externa baja. Además, no contar con un grupo clínico genuino de comparación limita su utilidad.

- Diseños de grupos conocidos (*known groups comparisons*): Diseño en el que la condición experimental está formada por sujetos en situaciones reales que han sido clasificados, por un grupo de expertos, como probablemente honestos o probablemente simuladores. Debido a que las clasificaciones de los expertos no están sometidas al control de los investigadores, estos diseños adolecen de una validez interna baja, aunque si cuentan con una alta validez externa. El que los expertos no tengan criterios contrastados y comunes de clasificación, puede invalidar el experimento.
- Diseños de medidas autosuficientes (*bootstrapping comparisons*): Diseño en el que la condición experimental está formada por sujetos en situaciones reales que han sido clasificados, mediante puntos de corte en índices de validez (máxima especificidad), como probablemente honestos o probablemente simuladores. Los investigadores siguen sin tener el control sobre las clasificaciones, por lo que la validez interna del diseño será baja. Sin embargo, al estar la condición experimental en un contexto real, la validez externa es alta.
- Diseño de prevalencia diferencial (*differential prevalence design*): Diseño en el que tanto la condición experimental como la control, vienen dadas por un criterio externo, real y definido por la propia situación en la que se encuentren (p.ej. demandantes de pensión versus no demandantes de pensión; en proceso judicial con solicitud de eximente por trastorno mental versus en proceso judicial sin solicitud de eximente por trastorno mental; etc.). El problema de este diseño es que los investigadores no

controlan la asignación de los sujetos a las condiciones experimentales, dando una validez interna baja y, debido a que la clasificación se hace sin un criterio objetivo y validado, la validez externa será moderada. Además, es imposible verificar el grado de precisión en la clasificación de los sujetos, limitándose, así, la interpretación de los resultados.

En cuanto a las fortalezas y debilidades de los distintos diseños experimentales, se destaca la fuerte validez interna y la débil validez externa de los diseños de análogos y, lo contrario (poca validez interna, mucha validez externa), ocurre en los diseños de grupos conocidos (Rogers, 2008a). Así "Es importante recalcar la necesidad de combinar ambos diseños en la investigación de nuevas medidas o técnicas de detección de simulación ya que solo podrán establecerse criterios y puntos de corte adecuados a partir de los resultados convergentes de ambos." (Santamaría, 2014; p.45).

#### **4.3.2. Tipos de muestras**

Partiendo de estos diseños, el mecanismo de extracción de evidencias se obtiene mediante estudios controlados con muestras aleatorias que serán comparadas. Así, el tipo de muestra que se compara en los diseños de investigación de simulación puede ser:

- Muestra clínica: Sujetos en contextos reales, honestos, con psicopatología genuina.
- Muestra de análogos: Sujetos normales a los que se les pide que respondan deshonestamente intentando aparentar que padecen algún trastorno mental. Este tipo de muestra es característica de los estudios de simulación, debido a las dificultades asociadas a la propia investigación de la manipulación. Estas muestras pueden variar, pudiendo ser:
  - o Novatos: Sujetos que no saben nada sobre psicopatología, ni sobre el funcionamiento de las pruebas psicológicas, ni los índices de validez.
  - o Novatos en psicopatología: Sujetos que no saben nada sobre trastornos mentales.

- Novatos en pruebas o índices de validez: Sujetos que no conocen cómo funcionan las pruebas psicológicas, ni los índices de validez.
- Expertos: Sujetos que saben psicopatología y conocen el funcionamiento de las pruebas y los índices de validez.
- Expertos en psicopatología: Sujetos (normalmente profesionales de la salud mental o alumnos de psicopatología) que conocen la clasificación de los trastornos mentales.
- Expertos en pruebas psicológicas de evaluación: Sujetos (normalmente profesionales de la salud mental) que conocen las características de las pruebas y los índices de validez.
- Muestra control: Sujetos normales que responden a las pruebas honestamente.
- Muestra forense: Sujetos en contextos reales susceptibles de manipulación. Por ejemplo, cuando existe la posibilidad de obtener, de la propia evaluación, incentivos o privilegios. Estas muestras se pueden elaborar de dos maneras.
  - Muestra conocida o de diagnóstico conocido (*known group, diagnostic group*): Sujetos que, previamente a la realización de la prueba, son clasificados como “probablemente honesto” o “probablemente simulador”, mediante el criterio de un grupo de expertos independientes.
  - Muestra comparada con un criterio estadístico (*bootstrapping comparisons*): Sujetos que, previamente a la realización de la prueba, son clasificados como “probablemente honesto” o “probablemente simulador”, mediante otro criterio diferente al que van a realizar en la investigación.

### **4.3.3. Estrategias de detección de simulación**

Al dejar de basar la detección de simulación en la experiencia o en criterios subjetivos, el desarrollo de instrumentos de medida ha impulsado que se generen formas de detectar simulación basadas en estrategias bien definidas. Así, la estrategia de detección es un método estandarizado, fundamentado conceptualmente y validado empíricamente, que tiene el fin de diferenciar sistemáticamente un estilo específico de respuesta (p.ej. honestidad/ exageración) (Rogers, Sewell y Gillard, 2010).

De este modo, los requisitos que debe cumplir una estrategia de detección son varios. Santamaría (2014) los especifica de la siguiente manera: En primer lugar, debe contar con un método estándar, esto es, que se pueda aplicar y corregir de forma sistemática y fiable. En segundo lugar, debe estar fundamentada conceptualmente dentro de un marco teórico. En tercer lugar, debe estar validada empíricamente. En cuarto lugar, debe poder diferenciar sistemáticamente entre los casos, por lo que su tamaño del efecto debe ser moderado o grande. Por último, debe contemplar un estilo específico de respuesta, es decir, en este caso, debe haber sido validado empleando grupos clínicos de comparación.

Entre los primeros autores que elaboraron una estrategia para detectar simulación se encuentra Gough, quien elaboró la escala Ds del MMPI (Gough, 1947) con 74 ítems que se identificaban, no con síntomas neuróticos, sino con los falsos estereotipos del neuroticismo.

Según Rogers, Sewell y Gillard (2010), las estrategias que se han desarrollado para la detección de simulación de trastornos mentales y médicos se basan, fundamentalmente, en la inverosimilitud de los síntomas o en la amplificación de los síntomas informados. En la primera, se presentan síntomas improbables o falsos que los simuladores creen que forman parte del cuadro simulado respondiendo, por tanto, que lo padecen. Sin embargo, los pacientes reales no los reportan. En la segunda, se presentan síntomas que si son referidos por pacientes honestos, pero en menor intensidad, frecuencia o severidad que lo manifestado por sujetos simuladores (para más información ver: Santamaría, 2014).

#### 4.3.4. Análisis de datos estadísticos

Santamaría (2014) explica los tres tipos de análisis estadísticos más empleados en los estudios de simulación, destacando que los tres son “complementarios y suelen emplearse conjuntamente en el estudio de cualquier nueva medida, índice o criterio de simulación” (p.59). El primer tipo, es el análisis de las diferencias entre los grupos, para el que se establece una significación estadística de dichas diferencias mediante el ANOVA o el MANOVA, generando un estadístico global para el conjunto de la muestra. También se emplean indicadores de tamaño del efecto, de los que el más empleado en investigaciones de simulación es la *d de Cohen* (Cohen, 1992), con unos rangos sugeridos más exigentes para éste ámbito que para otros (Rogers et al., 2003; Rogers, 2008b):  $d \geq 0,75$  = Tamaño del efecto moderado;  $d \geq 1,25$  = Tamaño del efecto grande;  $d \geq 1,50$  = Tamaño del efecto muy grande.

El segundo tipo de análisis es la eficacia o precisión clasificatoria, cuyo objetivo es determinar la proporción de sujetos que se han clasificado correctamente, para lo que normalmente se emplea el análisis del Área Bajo la Curva (ABC) de las curvas COR. Así, habría cuatro niveles de discriminación (Hosmer y Lemeshow, 2000), ausencia ( $ABC=0,50$ ), aceptable ( $ABC=0,70-0,79$ ), excelente ( $ABC=0,80-0,89$ ) y sobresaliente ( $ABC \geq 0,90$ ). Adicionalmente, se pueden calcular otros índices para estimar la eficiencia diagnóstica, como la sensibilidad (SN), la especificidad (ES), tasa total de aciertos, poder predictivo positivo (PPP) y poder predictivo negativo (PPN). En los cinco, lo que se hace es comparar la puntuación de la prueba nueva con otro que ya existe.

La SN es relevante porque determina el poder de la prueba para tomar decisiones correctas, clasificando a las personas simuladoras como simuladoras (decisiones verdadero positivo) o a las personas enfermas como enfermas (decisiones verdadero negativo). Mientras que la ES es relevante porque determina la capacidad de la prueba para no tomar decisiones incorrectas, evitando clasificar a personas enfermas como simuladoras (decisiones falso positivo) o a personas simuladoras como enfermas

(decisiones falso negativo). Se recomienda que las pruebas para realizar diagnósticos tengan unas SN y ES no menores de 0,90.

La tasa total de aciertos es la corrección del azar en la clasificación de sujetos y, para ello, se suele emplear el índice Kappa de Cohen (k; Cohen, 1960; citado por Santamaría, 2014). El PPP es la proporción de verdaderos positivos detectados por la prueba y PPN es la proporción de verdaderos negativos detectados por la prueba. Estos dos últimos índices se calculan en relación a las tasas reales de prevalencia de simulación.

El tercer tipo de análisis son las correlaciones con otros indicadores, en los que los análisis no se diferencian de los que se hacen en otras áreas de investigación propias de la validación de instrumentos.

#### **4.4. Instrumentos clínicos de evaluación y detección de simulación de trastorno mental**

##### **4.4.1. Detección de simulación con inventarios clínicos**

###### **4.4.1.1. El *Minnesota Multiphasic Personality Inventory***

El *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Hathaway y Mckinley, 1942; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989; Ben-Porath y Tellegen, 2008), es el instrumento de medida psicopatológico más empleado en la evaluación de patrones distorsionados. Fue desarrollado inicialmente por Hathaway y Mckinley, en 1940, con posteriores revisiones y estandarizaciones, resultando una de las pruebas mejor validadas para la exploración de simulación de psicopatología y defensividad (González Ordi e Iruarrizaga, 2005).

Las escalas de validez básicas del MMPI (Hathaway y Mckinley, 1942) son L (minimización de síntomas), F (exageración de síntomas) y K. Meehl y Hathaway (1946) propusieron la escala K porque habían observado que, desde un punto de vista clínico, algunas personas "no normales" obtenían perfiles normales en el MMPI, mientras que personas "normales" reportaban perfiles "anormales". Al investigar este problema, explica Gough (1947), dieron con el desarrollo de la escala N, elaborada para diferenciar entre



personas que tendían a evaluarse mal así mismas de las que tendían a evaluarse demasiado bien. Aunque dicha escala no demostró buenos resultados, improvisaron la escala K que, aunque no tenía implicaciones clínicas, servía como variable neutralizadora de los perfiles defensivos y de los exagerados. Puntuaciones bajas en K equivalen a que el sujeto ha sido muy crítico consigo mismo y altas a que fue demasiado benevolente.

Poco después de que Meehl y Hathaway (1946) crearan la escala K, Gough (1947, 1950) señaló que una puntuación  $>9$  en F-K identificaba a un importante porcentaje de los perfiles simulados. Gough (1947) plantea un estudio empírico de clasificación de un grupo de análogos con 121 soldados, encontrando la utilidad de las puntuaciones en F-K para clasificar correctamente a sujetos simuladores. Posteriormente, desarrolló el índice F-K (Gough, 1950) y la escala Ds (1954). De este modo, Gough es el primer autor en emplear una combinación lineal de puntuaciones con el fin de detectar simulación en el MMPI (Exner, McDowell, Pabst, Stackman y Kirk, 1963).

El índice F-K (Gough, 1950) relaciona la escala de simulación F con la de disimulación K. Para Gough (1950), si la puntuación en F-K es mayor que 9 se consideraría que el sujeto estaba simulando y si fuera menor que 0, que se estaba defendiendo. Las puntuaciones entre 0 y 9 indicarían que el protocolo es válido. Muchas investigaciones (Graham, Watts y Timbrook, 1991) han confirmado la eficacia de F-K y F en detectar muestras de análogos, aunque con distintos puntos de corte para las muestras clínicas. En las primeras, los puntos de corte deben fijarse entre 6 (Sivec, Lynn y Garske, 1994) y 17 (Graham et al., 1991), mientras que, en las muestras con psicopatología genuina, las puntuaciones deberían ser críticas entre 12 (Iverson, Franzen y Hammond, 1995) y 27 (Graham et al., 1991). Según Greene (2008), los sujetos normales dan una puntuación en F-K de -12, los pacientes psiquiátricos de -11 y los simuladores de +9. Además, dice, emplear la escala F puede crear falsos positivos porque este índice refleja presencia de psicopatología. Por lo tanto, en los casos en los que se sospeche simulación y haya una F elevada, el punto de corte de F-K debe ser mucho mayor de +9.

La *Gough Dissimulation Scale* (Ds; Gough, 1954) partió de un primer estudio (Gough, 1947) basado en un diseño de análogos, con una muestra militar, que reportó muy buenos resultados. En 1954, se desarrolló la Ds a partir de una investigación que comparaba una muestra de estudiantes universitarios –grupo de novatos–, muestra de neuróticos –grupo clínico– y muestra de psicólogos instruidos para simular neurosis –grupo de expertos–. Sus 74 ítems se identifican, no con síntomas neuróticos, sino con los falsos estereotipos del neuroticismo. Distintos autores han encontrado que esta escala da muy buenos resultados (Berry et al., 1991; Rogers, Sewell, Martin y Vitacco, 2003). Puntuaciones directas mayores de 38 indican que hay simulación.

Por otra parte, la relación entre los ítems *obvios* (fáciles de reconocer en la categoría de problemas emocionales) y *sutiles* (difíciles de reconocer como representantes de problemas emocionales) ha sido muy investigada desde que Wiener la propuso en 1948. Si la resta de todas las subescalas *sutiles* a las subescalas *obvias* (O-S) da una puntuación de +250, es que hay simulación y si da -100 es que hay disimulación (Greene, 2008). Sin embargo, para interpretar esta escala hay que saber que, tras el debate surgido en los primeros años de los 90 del siglo pasado acerca de la utilidad de la escala O-S como medida de simulación y disimulación, Timbrook, Graham, Keiller y Watts (1993) llegaron a la conclusión de que O-S no añade información adicional sobre los índices de validez tradicionales. Además, los puntos críticos de esta escala propuestos por distintos autores son extremadamente variables, yendo desde el +106 hasta el +200 (Greene, 2008) en función del tipo de muestra empleada.

En el MMPI-2 (Butcher et al., 1989), las escalas de validez del MMPI se mantuvieron intactas, salvo cuatro ítems de la escala F que se eliminaron por su contenido ofensivo (Santamaría, 2009). Además, se creó la escala *Back F* (Fb; Lees-Haley, English y Glenn, 1991), diseñada para detectar respuestas infrecuentes en la mitad última de la prueba, pues los ítems de la escala F estaban situados en la primera parte de la prueba.

También se introdujeron dos escalas de inconsistencia, VRIN –para detectar patrones de respuesta variables o aleatorios– y TRIN –para

identificar patrones de respuestas fijas-. Según Santamaría (2009), las escalas VRIN y TRIN se desarrollaron seleccionando aquellos pares de ítems que eran coherentes y obtenían altas correlaciones entre sí (positivas y negativas en VRIN y sólo negativas en TRIN). Así, la incoherencia surge al responder de forma opuesta a dos ítems que correlacionan positivamente o de igual forma a dos ítems que correlacionan negativamente. La corrección de estas escalas es distinta al resto, ya que no se puntúan las respuestas a cada ítem aisladamente sino las combinaciones de respuestas a pares de ítems que puedan ser incoherentes.

En el MMPI-2 revisado (Butcher et al., 2001) se introdujeron otras dos escalas de validez, la *Infrequency Psychopathology* (Fp; Arbisi y Ben-Porath, 1995) que era una escala de infrecuencia de respuestas menos sensible a la influencia de la psicopatología genuina que la escala F, y S que identificaba autopresentación superlativa (Santamaría, 2009), minimización, autoengaño o disimulación.

La Fp se compone de 27 ítems muy poco elegidos por muestras clínicas. Puntuaciones altas en Fp pueden significar varias cosas, bien que hay inconsistencia en el test, bien que hay psicopatología severa, o bien que hay simulación. Mientras que, puntuaciones bajas en Fp se pueden interpretar como que no hay psicopatología, o como que el sujeto se está defendiendo. Según Greene (2008), puntuaciones directas de 6 ó 7 en Fp pueden reflejar que hay inconsistencia o que hay simulación, por ello, esta escala se deberá interpretar dentro de un conjunto de pruebas y escalas.

Distintas investigaciones señalan que Fp obtiene mejores resultados que F en la discriminación entre simuladores y sujetos con patología genuina (Arbisi y Ben-Porath, 1998; Rogers, Sewell, Marin y Vitacco, 2003). Sin embargo, otros (p.ej. Kucharski, Johnsen y Procell, 2004) encuentran que F diferencia mejor a estos sujetos en contextos penitenciarios y Bagby, Marshall y Bacchiochi (2005) declaran que es Fb la que mejor clasifica la exageración de síntomas depresivos.

Posteriormente, se incluyó también la escala de validez de los síntomas o *Fake Bad Scale* (FBS; Lees-Haley, English y Glenn, 1991), compuesta por 43 ítems infrecuentemente seleccionados por demandantes de

discapacidades con problemas genuinos. Los autores de esta escala observaron que la escala F es efectiva en sujetos que exageran psicopatología, pero no era eficaz en las evaluaciones de lesiones y daños personales, en las que la exageración está asociada a hacerse el "afectado" o "lesionado" (Santamaría, 2009) y no tanto con hacerse el "trastornado". El meta-análisis de Nelson, Sweet y Demakis (2006) concluye que FBS es el mejor indicador del MMPI-2 para detectar simulación de síntomas cognitivos y somáticos.

La segunda versión del MMPI se ha reestructurado (MMPI-2-RF; Ben-Porath y Tellegen, 2008), reduciéndose el número de ítems de 567 a 338 y el tiempo de aplicación de la prueba. Un año después, se tradujo al español y se adaptó a población española por Santamaría (2009). El MMPI-2-RF contiene nueve escalas de validez que permiten detectar las distorsiones de respuesta, así como la inconsistencia del protocolo. Siete de ellas son versiones revisadas de indicadores de los índices de validez que ya contenía la prueba en versiones anteriores. En concreto, VRIN-r, TRIN-r, F-r, L-r, K-r que, se incluyeron en la adaptación española del MMPI-2 -con su nombre original-, y FBS-r y Fp-r que no llegaron a introducirse en dicha adaptación. Por último, con el objetivo de detectar patrones de simulación de quejas somáticas, se desarrolló la escala, Fs, exclusiva del MMPI-2-RF.

En cuanto a las escalas que miden inconsistencia en el protocolo, Santamaría (2009) explica que la escala VRIN-r se construyó seleccionando 53 combinaciones de respuestas y para la TRIN-r se seleccionaron 26. La puntuación total en la escala VRIN-r es la suma de inconsistencias detectadas en dichas combinaciones de respuestas, mientras que la puntuación total de TRIN-r se calcula de forma ligeramente diferente debido a que incluye un patrón fijo en respuestas verdadero y otro en respuestas falso. Puntuaciones directas en TRIN-r altas indican un patrón fijo de verdadero y bajas de falso. La capacidad de VRIN-r para detectar patrones aleatorios es similar a VRIN, mientras que TRIN-r detecta mejor que TRIN los patrones de respuesta fijos.

Otra medida del MMPI-2-RF que puede invalidar la prueba, es la escala interrogante (?) o de ausencia de respuesta al contenido. Esta puntuación se define como "el número de veces que un sujeto da respuestas no puntuables

a los 338 ítems del MMPI-2-RF" (Santamaría, 2009; p. 67). A medida que la proporción de ítems omitidos en una escala aumenta por encima del 10%, la escala va siendo menos interpretable. Puntuaciones en la escala  $\geq$  mayores o iguales a 15, plantean dudas en la validez de los protocolos debido, bien a respuestas omitidas, bien a dobles respuestas.

En cuanto a las escalas del MMPI-2-RF que detectan simulación, por tanto, hay cuatro, F-r (Infrecuencia), Fp-r (Psicopatología infrecuente), Fs (Quejas somáticas infrecuentes) y FBS-r (Validez de los síntomas). Mientras que, las que revelan patrones disimulados son dos, L-r (Virtudes inusuales) y K-r (Validez del ajuste).

Con el objetivo de asegurar que estas escalas clasificaran adecuadamente en un amplio rango de situaciones, se desarrolló un indicador de respuestas infrecuentes para incorporar ítems de F y Fb. Así, se creó la escala F-r que recoge los ítems respondidos por el 10% o menos de los sujetos y que no pertenecen ni a la escala L-r o K-r. La nueva escala F-r demuestra una buena convergencia con F y Fb y un funcionamiento igual o superior a ellas en la detección de simulación (Santamaría, 2009).

La escala Fp fue la que mejores resultados demostró en la detección de exageración de síntomas de tipo psicopatológico (Rogers, Sewell, Martin y Vitacco, 2003). Por ello, mejoraron la distintividad e independencia de la escala añadiendo y quitando ítems hasta dar con la escala Fp-r, compuesta por 21 ítems, que obtiene altas correlaciones con Fp y es un predictor eficaz de exageración de síntomas psicopatológicos en muestras con altas tasas base de psicopatología (Santamaría, 2009).

FBS-r surge de la reducción de 43 a 33 ítems de la escala predecesora, mostrando una alta convergencia con ésta y demostrando que es un buen complemento del resto de escalas de detección de síntomas somáticos y cognitivos poco creíbles (Santamaría, 2009).

Fs es una escala compuesta por 16 ítems que expresan quejas somáticas infrecuentes (inferior al 25%) en pacientes honestos en tratamiento médico por este tipo de patología. Santamaría (2009) señala que Fs y FBS son escalas complementarias.

Por último, la escala de disimulación K-r parte de altas saturaciones factoriales en las escalas K y S -factor etiquetado como autoengaño- y L-r surge de las saturaciones en las escalas L y Wsd (Wiggins, 1959) -factor etiquetado como manejo de la impresión-.

De más reciente creación, la escala RBS (*Response Bias Scale*; Gervais, Ben-Porath, Wygant y Green, 2007) validada en el MMP-2 y en el MMPI-2-RF (Wygant et al., 2010), ha demostrado ser un buen complemento de las escalas F-r, Fs y FBS-r en la evaluación de quejas cognitivas en diferentes contextos. Compuesta por 28 ítems, detecta a personas que hayan sido identificadas como simuladores de amnesia en pruebas específicas (Gervais et al., 2007).

Santamaría (2014) explica que el MMPI-2-RF ha supuesto una innovación y mejora y ha generado numerosas investigaciones sobre su uso en la detección de simulación. Además, la sensibilidad de sus escalas para detectar exageración de síntomas psiquiátricos, emocionales, somáticos y cognitivos han sido puestas a prueba en diferentes tipos de muestras (Gervais, Ben-Porath, Wygant y Sellbom, 2010; Goodwin, Sellbom y Arbisi, 2013; Harp, Jasinski, Shandera-Ochsner, Mason y Berry, 2011; Marion, Sellbom y Bagby, 2011; Rogers, Gillard, Berry y Granacher, 2011; Santamaría, González-Ordi, Capilla, Blasco y Pallardó, 2010; Sellbom y Bagby, 2010; Sellbom et al., 2010; Weiss, Bell y Weiss, 2009; Wygant et al., 2010, 2011, 2009; Youngjohn, Wershba, Stevenson, Sturgeon y Thomas, 2011).

#### **4.4.1.2. El *Personality Assessment Inventory***

Aunque la prueba más investigada en este contexto haya sido el MMPI, en las últimas dos décadas ha surgido un importante cuerpo de investigaciones analizando otro inventario de eficacia y validez repetidamente demostradas. Se trata del *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991, 2007) diseñado para proporcionar información relevante en el diagnóstico, en la planificación de tratamiento y en la simulación de psicopatología. Cuenta con cuatro escalas de validez, once clínicas, cinco de

consideraciones para el tratamiento, dos de relaciones interpersonales y 30 subescalas. Distintas investigaciones respaldan su eficacia en la detección de simulación psicopatológica (p. ej., Bagby, Nicholson, Bacchiochi, Ryder y Bury, 2002; Blanchard et al., 2003; Boccaccini, Murrie y Duncan, 2006; Edens, Poythress y Watkins-Clay, 2007; Gaines, 2009; Silgo y Robles, 2010; Hawes y Boccaccini, 2009; Hill, 2009; Hopwood, Morey, Rogers y Sewell, 2007; Hopwood, Orlando y Clark, 2010; Kucharski, Toomey, Fila y Duncan, 2007; Laffoon, 2009; Lange, Sullivan y Scott, 2010; Mogge, LePage, Bell y Ragatz, 2010; Rogers et al., 2012; Rogers, Sewell, Morey y Ustad, 1996; Rogers, Ornduff y Sewell, 1993; Whiteside, Dunbar-Mayer y Waters, 2009).

Las cuatro escalas iniciales de validez del PAI son: La escala *Infrequency* (INF; Infrecuencia) creada con 8 ítems de contenido extremadamente inusual, para medir la aleatorización de respuesta o la incompreensión de los ítems. La escala *Inconsistency* (ICN; INC, Inconsistencia) que mide también aleatorización, a través de 10 ítems de contenido similar. "La escala INC refleja la inconsistencia con la cual un sujeto completa un conjunto de pares de ítems con contenido relacionado" (Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011; p. 100), esperándose que INC se eleve cuando se responde al azar, descuidadamente o cuando no se comprende el contenido de los ítems. La escala *Positive Impression* (PIM; IMP, Impresión Positiva) creada para detectar manipulación positiva de imagen o disimulación y la escala *Negative Impression* (NIM; IMN, Impresión Negativa) específica de exageración de síntomas, creada con 9 ítems, donde unos muestran una perspectiva exageradamente negativa de uno mismo y los otros manifiestan síntomas exageradamente raros (Kucharski, Toomey, Fila y Duncan, 2007).

Investigaciones posteriores, han ido creando otros índices de manipulación de imagen y exageración de síntomas para esta prueba. La escala *Defensiveness Index* (DEF; Morey, 1996) se basa en ocho características presentes o ausentes a lo largo de doce escalas y subescalas clínicas (Morey, 2003). La *Malingering Index* (MAL; Morey, 1996) emplea una metodología similar a DEF basándose en ocho características presentes o ausentes en once escalas y subescalas clínicas y en la NIM, que son más habituales en muestras de simuladores que en clínicas (Morey, 1993, 1996,

2003). La *Cashel Discriminant Function* (CDF; Cashel, Rogers y Sewell, 1995) compuesta por las seis escalas del PAI que mejor clasifican a los sujetos con una alta defensividad (Cashel, Rogers, Sewell y Martin-Cannici, 1995). La *Rogers Discriminant Function* (RDF; Rogers, Sewell, Morey y Ustad, 1996) es un índice compuesto por las veinte escalas y subescalas que mejor discriminan a simuladores honestos de expertos en simulación de trastornos específicos (Rogers et al., 1996). Según Hopwood, Morey, Rogers y Sewell (2007) esta escala mide directamente la intención de distorsionar negativamente y, lo mejor, es que no está influenciada por psicopatología real. De reciente creación, la *Negative Distortion Scale* (NDS; Moguee, Lepage, Bell y Ragatz, 2009) se ha desarrollado para detectar simulación o exageración de síntomas, tanto en contextos clínicos como forenses, partiendo de los ítems inusuales de las ocho escalas clínicas que más directamente evalúan psicopatología (Moguee et al., 2009).

La versión española del PAI se llevó a cabo por Ortiz-Tallo et al., (2011) e incluye cuatro indicadores de distorsión del perfil ya mencionados, INC, INF, IMN (en la versión norteamericana llamada NIM) e IMP (que sería la escala PIM antes de su traducción). Además, cuenta con cinco indicadores complementarios de validez, SIM (antes MAL), FDR (antes RDF), FDC (antes CDF), DEF e INC-F (que define la inconsistencia al final del cuestionario). De estas escalas, FDR ha demostrado una limitada capacidad de detección de simulación en contextos reales, por lo que su uso se ha desaconsejado hasta nuevas investigaciones (Hawes y Boccaccini, 2009; Sellbom y Bagby, 2008).

#### **4.4.1.3. El *Millon Clinical Multiaxial Inventory***

Existen otras pruebas psicodiagnósticas que cuentan con escalas de deseabilidad social, sin embargo, no han sido tan contrastadas empíricamente como el MMPI o el PAI. Tal es el caso del *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI; Millon, 1983, 1987, 1994). El MCMI tiene dos índices que miden distorsión de respuesta, el *Validity Index* y el *Weight Factor Composite Score*. En el MCMI-II (Millon, 1987) la *Weight Factor Composite Score* fue revisada y renombrada a *Disclosure Scale*. Además, se añadieron el *Desirability Scale* y el *Debasement Scale*. En el MCMI-III (Millon,



1994) estos índices se mantuvieron pero se modificó su composición. De este modo, encontramos la *Validity Index* (V; Validez) que mide respuesta aleatoria o confusión (Craig, 1999); la *Disclosure Scale* (X; Sinceridad) que detecta ocultación (en puntuaciones bajas) y un nivel poco frecuente de autorevelación (en puntuaciones altas); la *Desirability Scale* (Y; Deseabilidad) diseñada para detectar patrones de exageración de virtudes y negación de síntomas psicológicos y la *Debasement Scale* (Z; Alteración), construida con ítems que identifican autodegradación deliberada, más allá de la simulación (Millon, 1987). Puntuaciones elevadas en Z pueden también representar confusión emocional aguda.

Algunos estudios cuestionan el uso del MCMI fuera del ámbito clínico, ya que es muy sensible al contexto, encontrándose problemas de distorsión importantes en el ámbito forense (p.ej. Winberg y Vilalta, 2009). Por su parte, Sellbom y Bagby (2008), concluyen que las escalas X y Z del MCMI son ineficaces, por lo que no las recomiendan para descartar simulación.

#### **4.4.1.4. El *Trauma Symptom Inventory***

El *Trauma Symptom Inventory* (TSI; Briere, 1995) es más específico que los otros inventarios. El TSI evalúa reacciones clínicas ante acontecimientos traumáticos, incluyendo varias formas de abuso y violencia, situaciones de combate, accidentes y desastres naturales. Es la única medida de TEPT que incluye escalas de validez (Guriel y Fremouw, 2003). Puede discriminar entre patrones de respuesta aleatorios (con la escala *Inconsistent Response*; INC), exagerados (mediante la escala *Atypical Response*; ATR) y defensivos (a través de la escala *Response Level*; RL). Pero, tal y como apuntan Sellbom y Bagby (2008) no existe ninguna publicación que haya testado las escalas INC y RL. Tampoco hay información sobre la construcción de la prueba, ni sobre los resultados en muestras normativas y clínicas de la escala ATR.

#### **4.4.2. Detección de simulación con pruebas proyectivas**

Aunque en pruebas proyectivas como el Rorschach, los protocolos de simuladores aparecen con más contenido dramático y parece que estos sujetos podrían ser mejor identificados con estas escalas de validez que con las de los inventarios de autoinforme como el MMPI (Fairbank, McCaffrey y Keane, 1985), tras un análisis exhaustivo sobre la utilidad de las pruebas proyectivas para detectar simulación realizado por Sewell (2008), se termina concluyendo que, basándose en la evidencia demostrada, dichas pruebas no pueden ser empleadas para detectar simulación.

#### **4.4.3. Instrumentos específicos de detección de simulación de psicopatología**

El M-Test (Beaber, Marston, Michelli y Mills, 1985) es un test de 33 ítems diseñado para evaluar esquizofrenia fingida. Lo compone la escala S (síntomas genuinos asociados a la esquizofrenia), la escala M (síntomas falsos) y la C (confusión). En la validación original de la prueba, las puntuaciones en las tres escalas fueron mayores para el grupo de análogos que para el grupo de esquizofrénicos. Un gran número de investigaciones han demostrado la utilidad del M-Test, además de una aceptable consistencia interna (Smith, 2008). En las escalas, *Rule/Out* y *Rule/In*, creadas posteriormente por Rogers, Bagby y Gillis (1992) se ha observado una buena clasificación en una muestra forense compuesta por simuladores de esquizofrenia o psicosis.

El *Assessment of Depression Inventory* (ADI; Mogge y LePage, 2004) es un test con 39 ítems y tres escalas: *Depression* (Depresión; Dep), *Feigning* (Simulación; Fg) y *Random* (Respuesta Aleatoria; Rd). Ha demostrado eficacia en la detección de depresión simulada en muestras clínicas (Smith, 2008).

El *Miller Forensic Assessment of Symptoms Test* (M-FAST; Miller, 2001) es una breve entrevista compuesta por 25 preguntas estructuradas que evalúa psicopatología simulada o déficit cognitivo no fingido. En este último caso, las estrategias durante la entrevista serán completamente diferentes.

Sus escalas son: *Reported versus Observed* (Informados vs. Observados; RO), *Extreme Symptomatology* (Sintomatología Extrema; ES), *Rare Combinations* (Combinaciones Raras; RC), *Unusual Hallucinations* (Alucinaciones Inusuales; UH), *Unusual Symptom Course* (Inusual Curso de los Síntomas; USC), *Negative Image* (Imágenes Negativas; NI) y *Suggestibility* (Sugestionabilidad; S). Según el trabajo de revisión de distintas publicaciones de Smith (2008) es la puntuación total en el M-FAST la que mejor efectividad y tamaño del efecto produce, marcando como punto crítico en la clasificación de simuladores potenciales puntuaciones  $\geq 6$ .

La *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS; Rogers, Bagby y Dickens, 1992) es una entrevista estructurada diseñada para evaluar simulación, disimulación, honestidad e inconsistencia de respuesta. Tiene 72 ítems con tres tipos de preguntas: Quejas concretas, Quejas concretas repetidas (para ver la consistencia de respuesta) y Quejas generales. Los ítems se organizan en ocho escalas primarias que evalúan fingimiento de síntomas. Estas escalas son: *Rare Symptoms* (Síntomas raros; RS), *Symptom Combination* (Combinación de Síntomas; SC), *Improbable and Absurd Symptoms* (Síntomas Improbables y Absurdos; IA), *Blatant Symptoms* (Síntomas Evidentes; BL), *Subtle Symptoms* (Síntomas Sutiles; SU), *Selectivity of Symptoms* (Selección de Síntomas; SEL), *Severity of Symptoms* (Severidad de Síntomas; SEV) y *Reported versus Observed* (Informado vs. Observado; RO).

Según Rogers (2008c) el uso del SIRS reduce los falsos positivos significativamente y debería de considerarse como una de las medidas más poderosas en la detección de fingimiento de trastornos mentales. Además, muy pocas veces clasifica como “probablemente finge” a pacientes genuinos (3.2%), la mayoría de los sujetos análogos suelen quedar en, como mínimo, la categoría de “probablemente finge” y la mayoría de las muestras que son sospechosas de simular suelen estar, como mínimo, en la categoría de “probablemente finge”.

El *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith y Burger, 1997; Widows y Smith, 2005), traducido al español y adaptado a población española por González Ordi y Santamaría (2009), es un test breve

de 75 ítems que mide simulación de psicopatología en muestras clínicas y forenses. No se recomienda su uso con personas que presenten déficits severos. En la investigación original del SIMS, se probó que la puntuación total en la prueba era la medida más eficaz, identificando al 95.6% de los simuladores y al 87.9% de los sujetos honestos (Smith, 2008). El SIMS es una prueba de autoinforme diseñada con carácter multiaxial para ser utilizada como instrumento de *screening* en la detección de simulación de sintomatología psicopatológica y de alteraciones neurocognitivas. Se recomienda utilizarlo en conjunción con otras medidas más generales para proporcionar datos convergentes. Cuenta con distintas escalas en las que basar la sospecha de simulación o la honestidad de la patología. La escala Total, Psicosis (Ps), Deterioro neurológico (Dn), Trastornos amnésicos (Am), Baja inteligencia (Bi) y Trastornos afectivos (Af).

Diferentes investigaciones han demostrado la utilidad del SIMS en la detección de simulación. En la que hicieron Smith y Burger (1997) para validar la propia prueba, la muestra (N=476) se dividió en diferentes grupos de análogos (mal estado general, depresión, psicosis, amnesia, baja inteligencia, deterioro cognitivo). En comparación con el grupo control, todos los demás obtuvieron puntuaciones significativamente mayores. Además, las puntuaciones más altas se obtuvieron en el grupo de mal estado general mientras que, el resto de los grupos, elevaban la escala de aquello que estuvieran simulando. Igualmente se detectaron diferencias en la manera de simular dependiendo del patrón que se simulara en cada caso. Así, además de elevarse la escala de psicosis simulada en el grupo que simulaba psicosis, también se elevaron la escala de deterioro cognitivo y la de amnesia, mientras que, el grupo que simulaba deterioro cognitivo elevó más la puntuación de la escala de pérdida de memoria que la suya propia de deterioro cognitivo.

Rogers y Cruise (1998) encontraron que cuando se advertía a una muestra de análogos (N=231) que si se les detectaba simulando tendría consecuencias negativas (pérdida de crédito y publicar un comportamiento insatisfactorio), entonces, los sujetos eran más sutiles al hacerlo. En otra muestra de universitarios análogos de psicosis, depresión o deterioro cognitivo (N=196) -a la que también se evaluó con el SCL-90-R (Derogatis,

1996)-, Edens, Otto y Dwyer (1999) hallaron que, los tres grupos de análogos elevaban las escalas del SIMS, especialmente, de aquella psicopatología que estuvieran simulando. El SCL-90-R sirvió para analizar la sensibilidad y especificidad del SIMS. Así, resultó ser sensible al 97% de los simuladores que estaban o habían estado en tratamiento y al 100% de los que manifestaban psicopatología real, mientras que al 9,1% de los sujetos honestos que habían estado o estaban en tratamiento y al 22,2% de los que mostraban psicopatología los clasificó como simuladores. Así mismo, Rogers et al. (2005) informan que el SIMS era eficaz tanto para detectar una muestra de simuladores de otras dos que simulaban trastorno facticio.

En la investigación de Efendov (2007), se controla el efecto que tiene el nivel de conocimiento tanto en el trastorno específico, como en las escalas que detectan simulación. Así, a una muestra de sujetos (n=87) que habían pasado por un TEPT en el pasado y que ya no reportaban sus síntomas, se le pidió que simulara dicho trastorno al responder al SIMS, pero a unos se les entrenó en sintomatología del TEPT, a otros en las escalas que detectan simulación y un tercer grupo no recibió entrenamiento. Los tres grupos de análogos fueron comparados con una cuarta muestra clínica (n=28) honesta diagnosticada de TEPT y en proceso de reclamación de indemnización. Los resultados mostraron diferencias significativas entre el grupo de sujetos instruidos en las escalas específicas de simulación y los otros dos grupos de análogos. Merten, Lorenz y Schlatow (2010) llegaron a resultados similares en la detección de TEPT simulado.

Para analizar la capacidad del SIMS, Alwes (2006) lo empleó en una muestra de 308 solicitantes de indemnizaciones por lesiones. Previamente, los sujetos fueron evaluados con la SIRS, el TOMM, el VSVT y el *Letter Memory Test* (LMT, Inman et al., 1998). En base a los resultados se hicieron cuatro grupos. El primero se compuso por sujetos con problemas psicopatológicos, el segundo con problemas neuropsicológicos, el tercero con problemas psicopatológicos y neuropsicológicos y, el cuarto, con problemas psicopatológicos o neuropsicológicos. Cada uno de estos grupos fue dividido, en función de las clasificaciones con las pruebas mencionadas, como simulador, indeterminado u honesto. A cada grupo de simuladores se le comparó con el suyo de referencia de honestos en el SIMS. Los resultados

mostraron que la escala Psicosis es la que más discrimina al grupo primero; la escala Trastornos Amnésicos al grupo segundo; la escala Total al grupo tercero; y la escala Baja Inteligencia fue la que peor clasificó a cualquiera de los grupos. Los resultados del análisis ABC indicaron valores excelentes para el grupo primero y cuarto, sobresalientes para el tercero y aceptable para el segundo. Para finalizar, Alwes (2006) encontró que al añadir el SIMS al MMPI-2 la capacidad predictiva mejoraba.

En otra investigación, con un diseño de grupos conocidos, en la que los sujetos -la mayor parte de ellos con trastornos del estado de ánimo o de ansiedad- estaban siendo evaluados para obtener una discapacidad por la Seguridad Social, Clegg, Fremouw y Mogge (2009) hicieron cuatro grupos. Primero, grupo control (n=30); segundo, análogos que simulaban depresión (n=30); tercero, sujetos evaluados por una posible discapacidad y clasificados como honestos por la SIRS (n=35); cuarto, sujetos evaluados por una posible discapacidad y clasificados como simuladores por la SIRS (n=20). Todos fueron evaluados con el SIMS y el ADI. Los resultados mostraron diferencias significativas entre el grupo primero y tercero, y entre el grupo segundo y cuarto. La escala Total y la de Trastornos Afectivos fueron las que mayores diferencias registraron entre simuladores y honestos. Por otra parte, Clegg (2007) en su tesis doctoral, señaló que la escala de Trastornos Afectivos y la de Trastornos Amnésicos eran las que mayor sensibilidad reportaban, aunque con una baja especificidad y estableció que una puntuación en la escala Total del SIMS de >19 era la que mejores índices de SN, ES, PPP y PPN reportaba.

Por último, Blasco y Pallardó (2013) investigan la capacidad del SIMS en una muestra de pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo mixto ansioso- depresivo en un contexto forense. La muestra fue evaluada con el SIMS, el MMPI-2-RF y bajo la metodología de Santamaría (2012) y las pautas propuestas por González Ordi et al. (2012) y Santamaría y González Ordi (2012). En función de los indicadores propuestos por González Ordi et al. (2012) los sujetos se clasificaron en sospechosos (n=14) y honestos (n=12). Las escalas más eficaces fueron la de Trastornos Afectivos, Trastornos amnésicos, Deterioro neurológico y Total.

#### **4.5. Investigaciones de detección de simulación de trastorno mental –sin daño orgánico- en muestras militares**

Entre las primeras investigaciones con diseños de análogos en contextos militares, se encuentran, la de Hunt y Older (1943) que compara psicométricamente a un grupo de “débiles mentales” con otro de simuladores o la de Hunt (1946), en la que dos tests (*Cornell Selectee Index* y *Shipley Personality Inventory*) diferencian adecuadamente a un grupo de simuladores de otro de casos psiquiátricos.

Con el objetivo de analizar la eficacia del MMPI en la detección de simulación, Gough (1947) hizo el primer estudio empírico de clasificación de 121 soldados. Para ello, comparó las puntuaciones de un grupo de militares familiarizados en psicodiagnóstico (n=11), que primero respondieron a la prueba honestamente, después simulando psiconeurosis y, por último, simulando esquizofrenia paranoide. Estos perfiles se mezclaron con casos auténticos. Así, demostró que es más fácil detectar un trastorno psicótico simulado que uno neurótico con el MMPI. No obstante, las neurosis simuladas se discriminaban bien mediante las escalas de validez del test (puntuaciones altas en F y bajas en K). Además encontró que, mientras cuatro expertos clasificaban entre el 55% y el 73% de los sujetos simuladores, F-K detectaba al 82%. Posteriormente, creó la escala Ds (Gough, 1954) y Hunt (1948) informó de similares resultados empleando puntuaciones en F-K.

Los 80 dejaron una sola investigación empírica de detección simulación en veteranos de Vietnam diagnosticados de TEPT (Fairbank, McCaffrey y Keane, 1985). Los autores compararon con el MMPI, una muestra de 15 veteranos (35 años de media) diagnosticados de TEPT, con dos grupos de análogos, uno de 15 veteranos normales o ajustados (35.6 años de edad media) y otro de 15 hombres profesionales de salud mental familiarizados con los criterios diagnósticos de TEPT (32.7 años de media). Ambos grupos de análogos dieron puntuaciones significativamente más elevadas en la escala F y en la escala de TEPT que el grupo honesto. El análisis discriminante de las escalas seleccionadas la adopción de un criterio empírico derivado de ello, pudo clasificar correctamente al 90% de la muestra.

En la tesis doctoral de Wallace (1995) se presenta una investigación, con un diseño de análogos, en una muestra de 203 veteranos, cuyo objetivo era crear una nueva escala de detección de simulación en el MMPI-2. La muestra se dividía en tres grupos. Un grupo de pacientes no psicóticos ( $n=87$ ), un grupo experimental al que le pidieron que simularan el rol de paciente neurótico ( $n=87$ ) y un grupo control ( $n=29$ ). Las respuestas de dos tercios del grupo experimental y de dos tercios del grupo de pacientes, se emplearon para crear la nueva escala. Las respuestas del tercio restante de cada uno de estos grupos y del grupo control entero, se usaron para hacer una validación cruzada. Las respuestas de los dos tercios del grupo de pacientes se compararon con las de los dos tercios del grupo experimental en cada uno de los ítems. Finalmente, la validación cruzada clasificó bien a los tres grupos. Además, tal y como se había hipotetizado, el grupo experimental puntuó significativamente por encima de los otros dos grupos en la nueva escala y los grupos control y de pacientes no se diferenciaron entre ellos en dicha escala.

Viglione, Fals-Stewart y Moxham (1995) trataron de maximizar la validez interna y externa en el test MMP-2 empleando una muestra de 121 militares, de los que 41 habían sido clasificados de sospechosos de simulación mediante distintos criterios. A éstos se les pidió, específicamente, que respondieran a la prueba tratando de no exagerar y se los comparó con pacientes clínicos y con una muestra de esquizofrénicos. Los resultados mostraron que hubo muchos falsos positivos y menos falsos negativos empleando los criterio habituales de clasificación. Sin embargo, las escalas del MMPI, así como la de disimulación de Gough (Gough, 1947) resultaron ser muy prometedoras en la clasificación de simuladores.

Smith y Frueh (1996) detectan que las respuestas en el MMPI-2 de 54 de 145 (37%) veteranos diagnosticados de TEPT, se identifican con exageradores de psicopatología con una puntuación en  $F-K > 13$ . Estos sujetos, sin embargo, no iban a demandar para obtener compensación económica, no destacaron sus puntuaciones en abuso de sustancias, ni en otros trastornos de ansiedad, pero sí por exagerar en trastornos afectivos. Los autores concluyen que la simulación no se relaciona, en este caso, con la búsqueda de incentivos económicos.



Liljequist (1997) y Liljequist, Kinder y Schinka (1998) comparan las respuestas dadas al PAI, por un grupo de 30 veteranos con problemas de abuso de alcohol, con 29 veteranos que además de abusar del alcohol estaban diagnosticados de TEPT y con un grupo de 30 estudiantes universitarios que simulaban un TEPT. Siete escalas diferenciaron al grupo de análogos de los otros dos. Los simuladores dieron puntuaciones altas en NIM (Impresión Negativa), ANX (Ansiedad), SCZ (Esquizofrenia), PAR (Paranoia), SOM (Quejas Somáticas) y bajas en la escala WRM (Calidez). Sólo la escala ARD (Trastornos relacionados con la Ansiedad) y DEP (Depresión) permitieron discriminar entre los dos grupos de veteranos.

Morel (1998) analizó la eficacia del *Quick Test for PTSD* (Q-PTSD; Test Rápido de TEPT) en dos estudios, con una muestra de 102 repartidos en seis grupos experimentales. En el primero, 78 sujetos fueron asignados al azar a dos grupos, uno control (normales y honestos) y otro experimental de análogos. Los resultados del Q-PTSD se analizaron con una medida estandarizada de TEPT de combate. Esta prueba demostró una buena validez y consistencia interna. En una segunda fase, se analizó la correlación del Q-PTSD con el *Morel Emotional Numbing Test for PTSD* (MENT) en 67 militares veteranos solicitantes de pensiones por discapacidad. Los resultados indicaron que los grupos clasificados como sospechosos por un criterio (el índice F-K del MMPI-2) producían más errores en el MENT que el resto de los grupos ( $p < .0001$ ). Finalmente, el MENT clasificó correctamente al 95.6% de los sujetos.

Calhoun, Earnst, Tucker, Kirby y Beckham (2000) analizaron las escalas del PAI en una muestra de 23 veteranos diagnosticados de TEPT, en comparación con un grupo de análogos compuesto por 23 estudiantes instruidos en criterios diagnósticos de TEPT. La escala NIM fue la más efectiva en la detección de TEPT simulado.

Elhai, Gold, Frueh y Gold (2000) validan los resultados de un estudio previo y realizan una validación cruzada del MMPI-2, empleando una muestra de 124 veteranos combatientes (28-74 años) que participaban en un programa de tratamiento del TEPT. Sus respuestas al MMPI-2 fueron comparadas con un grupo de 84 estudiantes a los que se les había entrenado

para simular TEPT. Las escalas de simulación analizadas fueron F,  $|F-F_b|$ , F-K, F(p), Ds2, O-S, OT y FBS. Las seis discriminaron entre pacientes con TEPT y simuladores, resultando F-K la más eficaz, seguida de F y de Ds2.

DeViva y Bloem (2003) comparan los resultados en distintos instrumentos, como el BDI, el MMPI-2, el MCMI-II y el *Mississippi Scale for Combat-Related PTSD*. Los resultados indicaron que la escala F-K del MMPI-2 clasificó a una parte de la muestra de sujetos diagnosticados con TEPT.

En el original estudio de Arbisi, Ben-Porath y McNulty (2006), emplearon el MMPI-2 para detectar TEPT simulado en una muestra de veteranos que estaban siendo evaluados para recibir una pensión. Todos ellos fueron aleatoriamente asignados a dos grupos, uno honesto y otro al que solicitaron que exagerasen. El grupo de escalas de infrecuencia (F) identificó con precisión al grupo de análogos. La FBS no mejoró la predicción y la escala de infrecuencia de TEPT (Fptsd) añadió algo, aunque no mucho, de significación estadística a la predicción de TEPT simulado. La escala que mejor clasificó al grupo de análogos fue FP.

Braxton, Calhoun, Williams y Boggs (2007) comparan las puntuaciones de una muestra de veteranos en el MMPI-2 y el PAI. Como parte de la evaluación rutinaria, 472 veteranos realizaron ambas pruebas. Según las escalas de validez, los veteranos hospitalizados reportaban menos PAI inválidos (37%) que MMPI-2 (63%). Comparando los protocolos de veteranos no hospitalizados, el 47% de los MMPI-2 y el 21% de los PAI resultaron inválidos, por lo que este grupo resultó ser más homogéneo. Finalmente, al comparar los protocolos de los que habían resultado válidos, se observó que los PAI solían ser más inválidos que los MMPI-2.

Freeman, Powell y Kimbrell (2008) estudian la relación entre los síntomas de TEPT y las discapacidad presentada en medidas que detectan la exageración de psicopatología (MMPI-2, SIRS, SIMS, M-FAST y la *Clinician Administered PTSD Scale* –CAPS- Escala clínica del TEPT). El 53% de los veteranos de Vietnam mostraron síntomas claros de exageración en el SIRS. La puntuación total en esta prueba correlacionó con los síntomas manifestados en la escala CAPS.

Vetter, Gallo, Rossler y Lupi (2009) encuentran que todas las escalas clínicas, así como la de detección de simulación (PST), del *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL-90-R), diferencian adecuadamente entre reclutas suizos sospechosos de simular y honestos.

En la investigación de Geraerts, Kozarić-Kovačić, Merckelbach, Peraica, Jelacic y Candel (2009), con veteranos de guerra croatas, el MENT discriminó entre un grupo de 49 veteranos que solicitaban compensación, de otro compuesto por 70 veteranos que sólo solicitaban tratamiento. El grupo que buscaba recompensa puntuó significativamente más alto que el otro grupo en el MENT.

El PAI también ha demostrado detectar a un grupo de análogos de una muestra de soldados españoles. En un diseño de análogos, Silgo y Robles (2010), comparan un grupo de análogos compuesto por 37 soldados, con un grupo clínico-forense de 54 militares que habían sido evaluados en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica, diagnosticados de trastorno adaptativo (47%), depresión (26%), ansiedad (21.7%) u otros trastornos mentales (4.3%). En los resultados se encontraron diferencias significativas en todas las escalas excepto en depresión (DEP) y ansiedad (ANX), dato que se corresponde con los diagnósticos previos del grupo clínico pues, casi en su totalidad, estaba formado por sujetos con sintomatología ansiosa y/o depresiva. El grupo de simuladores dio puntuaciones significativas en todas las escalas clínicas menos en manía (MAN), incluso sobrepasaron las puntuaciones en DEP y ANX del grupo clínico. Así como los ítems de la escala MAN fueron los menos elegidos para fingir la imagen de enfermo, los ítems de las escalas PAR, DEP y DRG les parecieron los más creíbles para cumplir este fin. En cuanto a las escalas de validez, la que mejor clasificó al grupo de análogos fue la NIM, en línea con Liljequist (1997), Liljequist, Kinder y Schinka (1998), Calhoun et al. (2000), Kucharski, Toomey, Fila y Duncan (2007), Kucharski y Duncan (2007), mientras que, en la escala PIM, daban puntuaciones más bajas que los pacientes reales.

En una muestra de veteranos, Young, Kearns y Roper (2011), testan la capacidad de las escalas de detección de simulación *Response Bias Scale* (RBS) y *Henry-Heilbronner Index* (HHI) para predecir los fallos en una prueba

de rendimiento cognitivo como el *Word Memory Test* (WMT) o predecir la petición de compensaciones económicas. La escala RBS no incrementó la mejora en el diagnóstico, pero la HHI si incrementó la validez del MMPI-2, aunque su especificidad fue baja.

Empleando un paradigma estadístico nuevo, el *Optimal Data Analysis* (ODA; Yarnold y Soltysik, 2005), en una muestra de 288 militares, Jones e Ingram (2011) demuestran que las escalas HHI, RBS, FBS y FBS-r del MMPI-2-RF diseñadas para detectar simulación, son más eficaces que las escalas de la familia F del MMPI-2. Para dichas escalas se obtuvo un tamaño del efecto (analizado con el Modelo ODA) moderado (37,66 a 45,68) mientras que para las escalas de la familia F el tamaño del efecto resultó ser de débil a moderado (15,42 a 32,80). La escala *Infrequent Somatic Responses Scale* (Fs) del MMPI-2-RF reaccionó de manera similar a la escala F, resultando ser la mejor de todas las de esta familia.

En un estudio posterior con un diseño experimental tipo de medidas autosuficientes, Jones, Ingram y Ben-Porath (2012) analizaron las escalas del MMPI-2-RF en 501 militares que estaban siendo evaluados neuropsicológicamente por Traumatismo Craneoencefálico con el SVT. Los sujetos que habían fallado tres veces en el SVT se agruparon y fueron comparados con el grupo de sujetos que no habían fallado en el SVT. Los mayores tamaños del efecto fueron obtenidos por las escalas RBS ( $d=1.69$ ), seguido de FBS-r ( $d=1.34$ ), AXY (Ansiedad;  $d=1.21$ ) y COG (Quejas cognitivas;  $d=1.19$ ). Los sujetos que no habían fallado en el SVT obtuvieron puntuaciones elevadas sólo en las escalas COG, NUC (Quejas neurológicas) y MLS (Malestar). Mientras que, la escala RBS fue la única que se elevó en todo el grupo que si había fallado en el SVT. Finalmente, los que habían fallado alguna vez en el SVT dieron puntuaciones elevadas en COG, MLS, NUC y AXY y los que habían fallado tres veces en el SVT dieron, además, altas puntuaciones en las escalas de disfunción emocional.

En un estudio reciente, Goodwin, Sellbom y Arbisi (2013) comparan con el MMPI-2-RF a un grupo de veteranos demandantes de discapacidad por TEPT, con otro grupo que había sido formado en trastornos mentales y a los que se les pidió que fingieran síntomas de TEPT al realizar la prueba. Las

escalas de validez demostraron grandes tamaños del efecto entre veteranos que habían exagerado y veteranos con TEPT y entre el grupo de análogos y veteranos con TEPT.

Mediante un diseño de análogos en personal militar alemán, Zimmermann et al. (2013) comparan, en el MENT y el SIMS, un grupo de 103 militares que buscaban tratamiento y no eran sospechosos de simular, con un grupo de 40 a los que se les pidió que simularan. Tanto el MENT como el SIMS mostraron aceptables sensibilidad (.85/1.0) y especificidad (.92/.72). Los análisis de covarianza incluyendo las variables edad, rango, estado civil, nivel educativo, entrenamiento, motivos de ingreso y diagnóstico dado, explicaron por si mismas el 66.30% (60.73%) de la varianza. Los autores concluyen que el MENT y el SIMS son herramientas útiles para detectar simulación, más aún si se emplean combinadamente.

En una muestra de 120 militares iraníes a los que, en 2011, un tribunal les reconoció la causa efecto entre la exposición a la guerra y el TEPT, Ahmadi, Lashani, Afzali, Tavalai y Mirzaee (2013) comparan las respuestas dadas en la versión persa del M-FAST y, a raíz de dichas puntuaciones, los sujetos son clasificados en grupo de veteranos honestos y simuladores de TEPT. Puntuaciones  $\geq 6$  en el M-FAST clasificaron correctamente a ambos grupos de sujetos. Los autores concluyen que las variables culturales no han perjudicado la validez de la prueba.

#### **4.6. Criterios para basar las evaluaciones psicológicas de simulación de trastorno mental en la evidencia demostrada**

Para basar las evaluaciones psicológicas que sospechen simulación en la evidencia demostrada, hay que tener presente diversas cuestiones. En primer lugar, hay que recordar los mitos (desarrollados en el capítulo primero de esta tesis) que se han ido creando en torno a la simulación, para no caer en ellos. Así, la toma de decisiones debe partir de las siguientes premisas:

- La simulación no sólo aparece en contextos forenses, también lo hace en contextos clínicos.
- La frecuencia de aparición de la simulación sigue un patrón variable.

- La simulación no está relacionada con ciertos perfiles de personalidad o rasgos, sino que se asocia más a determinados contextos y motivos en donde las personas buscan adaptarse a las circunstancias obteniendo el mayor beneficio. Hay que evitar basar las opiniones profesionales en prototipos pues, más que ayudar, conducen a tomar decisiones estereotipadas.
- La detección de simulación no es más fácil para las profesiones de ambientes forenses, ni para clínicos expertos en psicopatología, ni se aprende por si misma desarrollando intuitivamente el "ojo clínico". Es necesario el aprendizaje de protocolos de evaluación de estrategias de detección de simulación basados en la evidencia demostrada.
- Los contextos militares en ejércitos profesionales deben de contemplarse como un ámbito laboral y huir del prototipo creado por la tradición y los manuales DSM y CIE. En este sentido, deben analizarse los distintos motivos que conducen a los trabajadores a desarrollar estrategias de manipulación de imagen.
- Fingir un trastorno mental o problemas neuropsicológicos no es fácil.
- Las personas con psicopatología real pueden, también, exagerar o simular.
- Hay personas que pueden exagerar algún síntoma, lo cual no significa que ello esconda un patrón de simulación.

En segundo lugar, habría que partir de una definición con una visión menos estereotipada y más flexible. Para ello, se puede partir de la definición de simulación aportada en el capítulo tercero de esta tesis. Así, la simulación formaría parte de un continuo cuantitativo integrado en la dimensión honestidad/ manipulación, presentándose en forma de comportamiento enmascarado multidimensional (cognitivo, afectivo, conductual, fisiológico y social), semi-planificado, más o menos deliberadamente y con más o menos intencionalidad, donde, la intencionalidad, está mediada por la disonancia cognitiva y modulada tanto por reforzadores y castigos externos como encubiertos y tan materiales como inmateriales. De este modo, se elimina la visión psicopática –o de la intención "maliciosa"- de la simulación. Hay que destacar la importancia de la disonancia cognitiva en esta aproximación y

asumir la complejidad que esta concepción aporta a la comprensión de este constructo.

En tercer lugar, se deben manejar los principales postulados señalados por autores destacados en esta área y, de manera general, partir de que “la detección y diagnóstico de la simulación se fundamenta en la idea central de la convergencia de los datos que provienen de distintas fuentes de información: entrevista, historia clínica, pruebas médicas, pruebas neuropsicológicas, pruebas psicológicas, evaluación conductual, etc.” (González Ordi et al., 2012; p. 28).

En cuanto a los resultados obtenidos en instrumentos de medida psicológicos, sólo decir que éstos cuentan con índices de fiabilidad y validez que deben siempre valorarse antes de interpretar los resultados. Y, a la hora de elegir una prueba, habría que valorar que ésta cuente con escalas de distorsión de la imagen.

Debido a que el estudio empírico de esta tesis se realiza mediante las pruebas MMPI-2-RF, PAI y SIMS, a continuación, se resumirá cómo han de realizarse la interpretación de los resultados de cada una de ellas en el contexto de sospecha de simulación.

La evaluación de distorsión de respuesta con el MMPI-2-RF requiere analizar, en primer lugar, las escalas de inconsistencia, como las omisiones o respuestas erróneas (escala  $\phi$ ), pues se considera que la omisión excesiva de ítems puede estar relacionada con, entre otras causas, la defensividad. Para determinar que el protocolo no es válido, según esta escala, se emplea su puntuación directa, la cual si  $\phi \geq 15$ , entonces habría que sospechar falta de colaboración, falta de introspección, obsesividad, psicopatología severa, o deficiencias lectoras o lingüísticas. Si  $\phi$  está entre 1-14 habría que analizar el contenido de los ítems omitidos o con doble respuesta.

En segundo lugar, se deben valorar las escalas VRIN-r y TRIN-r, para descartar la aquiescencia y la aleatoriedad. Si la puntuación T de VRIN-r  $\geq 80$  el protocolo se considera inválido y se puede interpretar de diversas formas, como por ejemplo, la no colaboración, que dio respuestas aleatorias intencionalmente, que cometió errores en la anotación de las respuestas,

deficiencias cognitivas o deficiencia lectoras o lingüísticas. Si T VRIN-r está entre 70 y 79, se puede sospechar que hay indicios de inconsistencia, por lo que la interpretación de los resultados deberá hacerse con precaución. Por otra parte, cuando  $T \text{ TRIN-r} \geq 80V$  o  $T \text{ TRIN-r} \geq 80F$  el protocolo es interpretable, bien por haber un marcado patrón fijo de respuestas verdadero en el primer caso o falso en el segundo. Cuando T TRIN-r se sitúe entre 70-79V o 70-79F se deberá interpretar el protocolo con precaución debido a que éste refleja un patrón fijo de respuestas verdadero o falso, según el caso.

En una siguiente fase, se debe revisar la fiabilidad de las respuestas, considerando dos patrones posibles, "De mala imagen" (F-r, Fp-r, FBS-r, Fs) y de "buena imagen" (K-r, L-r). En cuanto a los patrones de mala imagen, puntuaciones en la escala F-r -compuesta por 32 ítems infrecuentemente elegidos por la muestra de tipificación de la prueba- que sean  $T \text{ F-r} < 79$  indican una probable honestidad en las respuestas, mientras que puntuaciones T F-r entre 79-89 pueden ser producto de exageración de síntomas o de alteraciones genuinas. Para descartar lo segundo, se deberán analizar primero los índices VRIN-r y TRIN-r y, después, si el sujeto no tiene historial o pruebas que confirmen posibles alteraciones psicológicas, entonces, se puede sospechar simulación. Interpretación similar ocurre cuando T F-r se sitúa entre 90-99. Si T F-r se haya entre 100 y 119 el protocolo podría ser inválido aunque, también se puede interpretar que hay presencia de psicopatología grave o exageración de síntomas. Para ello se deben seguir los pasos recién descritos sobre puntuaciones T F-r 79-89. Finalmente, si  $T \text{ F-r} = 120$  se invalidaría el protocolo. Es probable que haya simulación pues, incluso individuos con dificultades psicológicas graves genuinas no responden así.

En cuanto a la escala Fp-r de psicopatología infrecuente, También se han descrito diferentes puntos de corte según los cuales se podrá interpretar el protocolo. En este sentido, si  $T \text{ Fp-r} < 70$  no habrá sospecha de simulación. Por encima de esta puntuación, encontramos tres zonas T Fp-r entre 70-79, T Fp-r entre 80-99 y  $T \text{ Fp-r} \geq 100$  que, al igual que ocurría con la escala F-r, iremos interpretando de menos a más probabilidad de sospecha de simulación. Las puntuaciones en la escala de quejas somáticas infrecuentes o Fs -formada por 16 ítems de contenido somático rara vez elegidos por



paciente en tratamiento médico por enfermedades físicas- tienen tres zonas de interpretación.  $T Fs < 80$  sería sinónimo de que no hay indicios de simulación,  $Fs$  entre 80 y 99 puede significar que el sujeto exagera, así como  $Fs \geq 100$ . En caso de obtener puntuaciones de  $Fs$  por encima de 80 habrá que analizar primero las escalas VRIN-r y TRIN-r y luego, valorando el historial del sujeto y otras pruebas objetivas. Por último, la escala FBS-r –compuesta por 30 ítems para detectar síntomas somáticos y cognitivos no creíbles- tiene, también, tres zonas interpretables. Cuando  $T FBS-r < 80$  el protocolo es interpretable y cuando  $T FBS-r \geq 80$  se podría sospechar simulación, a medida que aumentara esta puntuación mayor sería la sospecha, llegando a  $T FBS \geq 100$ , que sería la tercera zona o punto de corte señalado.

Los patrones de buena imagen se reconocen con la escala de virtudes inusuales o L-r –formada por 14 ítems que presentan a un sujeto que niega defectos o carencias reconocidos por la mayoría de las personas- y la escala de validez de ajuste o K-r –compuesta por 14 ítems que reflejan a un sujeto honestamente bien adaptado o a un sujeto que disimula o minimiza síntomas-. Los puntos de corte de cada escala para sospechar disimulación serían los siguientes.  $T L-r < 65$  es sinónimo de no sospecha, mientras que  $T L-r$  entre 65-69 o entre 70-79 requerirían analizar primero VRIN-r y TRIN-r y si la educación recibida fue muy tradicional. Una puntuación de  $T L-r \geq 80$  podría invalidar el protocolo. Por su parte,  $T K-r < 60$  señala que no hay indicios de minimización de síntomas,  $T K-r \geq 70$  podría invalidar la prueba y  $T K-r$  entre 60 y 65 o entre 66 y 69 requeriría comprobar si la presentación de buen ajuste que hace el sujeto de sí mismo es real o se debe a la disimulación.

Para analizar la distorsión de imagen con el PAI, al igual que en el caso del MMPI-2-RF, se debe comenzar por observar las escalas de validez de la prueba, como son: INC, INF, IMN y IMP. Ortiz- Tallo et al. (2011) indican que para obtener un mayor sensibilidad con una más baja especificidad, lo recomendable es interpretar que el protocolo es inválido con puntuaciones  $INF \geq 60$  e  $INC \geq 64$  o con puntuaciones  $INF \geq 75$  o  $INF \geq 75$  si se opta por asumir una mejor especificidad pero una peor sensibilidad. Así mismo, recomiendan invalidar la prueba con puntuaciones  $IMN \geq 73$  –con una mayor sensibilidad y menor especificidad- o  $IMN \geq 101$  –obteniendo mejor

especificidad y peor sensibilidad- y puntuaciones  $IMP \geq 55$ ,  $IMP \geq 60$  o  $IMP \geq 65$  –asumiendo que, a medida que aumenta el punto de corte, se verá incrementadas la especificidad y la sensibilidad-.

Posteriormente, se pasaría a analizar los resultados en los cinco indicadores complementarios de validez, SIM, FDR, FDC, DEF y INC-F, recordando que FDR está desaconsejada hasta nuevas investigaciones (Hawes y Boccaccini, 2009; Sellbom y Bagby, 2008). Así, los distintos puntos de corte para la escala SIM serían (Ortiz- Tallo et al., 2011):  $SIM \geq 82$  –clasificando correctamente al 87,8% de la muestra clínica y al 97,2% de la muestra normal-,  $SIM \geq 92$  –clasificando correctamente al 95,1% de la muestra clínica y al 99,7% de muestra normal-,  $SIM \geq 107$  –detectando al 98,1% de los simulares y al 100% de la muestra normal- y  $SIM \geq 110$  –que clasificaría correctamente al 99,7% de la muestra clínica y al 100% de la muestra normal-. En cuanto a la escala FDR, Ortiz- Tallo et al. (2011) señalan que  $FDR \geq 67$  clasifica al 87,4% de la muestra clínica y al 94,3% de la muestra normal, mientras que  $FDR \geq 81$  aumentaría esos porcentajes a 98,4% y 99,9% respectivamente. Respecto a la escala DEF, estos autores proponen que  $DEF \geq 68$  consigue detectar al 97,8% de la muestra clínica y al 93,6% de la muestra normal. Para la escala FDC proponen que situando el punto de corte en  $FDC \geq 55$  se consigue clasificar al 74,2% de la muestra clínica y al 68,1% de la muestra normal, mientras que  $FDC \geq 70$  aumentaría cada porcentaje a 97,1% y 97,7% respectivamente.

Una vez analizadas la validez y fiabilidad del MMPI-2-RF y/o del PAI, se procedería a la interpretación de las escalas clínicas de cada una de las pruebas. Ambos instrumentos, se pueden complementar con una prueba específica de diseñada para la detección de simulación como el SIMS.

La interpretación de los resultados en el SIMS, se hará siguiendo las recomendaciones propuestas por González Ordi y Santamaría (2009). Los autores señalan tres fases para elaborar la decisión. En la primera, se analizaría la puntuación total en la prueba, ya que esta es la escala que mejor predice la simulación. En la segunda, se considerarían las posibles elevaciones de las puntuaciones en las demás escalas. Por último, se observarían las respuestas concretas dadas a los ítems. La información

recogida en estas dos últimas fases es relevante porque permite discriminar entre patología real o simulada. Los puntos de corte propuestos por González Ordi y Santamaría (2009) para la sospecha de simulación son: Escala total >16; escala Ps >2; escala Dn >3; escala Am >3; Bi >3 y Af >7.

Tener en cuenta todos los aspectos aquí mencionados debería repercutir en obtener una tasa de aciertos en las clasificaciones cercana al 100% evitando, así, cometer errores tipo falso positivo y falso negativo.

**PARTE SEGUNDA**  
**Investigación empírica**

**ESTUDIO EMPÍRICO DE DETECCIÓN DE SIMULACIÓN  
CON EL MMPI-2-RF, EL PAI Y EL SIMS EN UNA  
MUESTRA MILITAR**



## **Capítulo 5**

### **Método**



### 5.1. Planteamiento general

Partiendo de los fundamentos teórico-conceptuales expuestos en los capítulos anteriores, se realizará el siguiente estudio para analizar la capacidad de detección de simulación, en personal militar sano y no experto - ni en psicodiagnóstico, ni en instrumentos de medida- de las versiones españolas de tres pruebas psicodiagnósticas desarrolladas para el ámbito clínico y forense. Estas pruebas son: El *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Hathaway y Mckinley, 1942) en su segunda versión reestructurada (MMPI-2-RF; Ben-Porath y Tellegen, 2008) y española (Santamaría, 2009); el *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991, 2007) adaptado al español (Ortiz-Tallo et al., 2011); y el *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith y Burger, 1997; Widows y Smith, 2005), traducido y adaptado a población española (González Ordi y Santamaría, 2009).

El estudio que se va a desarrollar a continuación, se ha realizado en una muestra de militares profesionales en activo, formando cuatro condiciones experimentales: Control, análogo de psicopatología general, análogo de depresión y análogo de ansiedad. El tipo de análisis estadístico que se realizará, será el de diferencias entre los grupos, descrito en el apartado *Análisis de datos estadísticos* del capítulo 4.

### 5.2. Objetivos de la investigación

Aunque el psicodiagnóstico se lleva practicando desde hace décadas por psicólogos y psicólogas de todo el mundo, en España, el ejercicio de esta actividad considerada sanitaria (tanto para la psicología clínica regulada por la Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias, como para la psicología generalista sanitaria prevista en la Ley 5/2011 de economía social, la Ley 33/2011 general de salud pública y la Ley 3/2014 por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias) ha sido regulada muy recientemente.



Al margen del componente ético asociado e indisoluble de las profesiones sanitarias, la regulación normativa de las actividades profesionales de carácter sanitario debe fomentar que éstas se estructuren bajo procedimientos y principios comunes y basados en la evidencia. Esto obliga, todavía más, si cabe, a que las evaluaciones psicológicas en el ámbito de la salud laboral y relacionadas con la actividad pericial –como podría ser el caso de los militares profesionales de baja médica por motivos psicosociales- se basen en criterios empíricos. Y el único modo de basar estas prácticas en evidencias contrastadas es mediante estudios experimentales de comparación de distintos grupos de sujetos asignados a distintas condiciones experimentales. Por ello, se planteó y desarrolló la siguiente investigación, cuyos objetivos generales y específicos, se detallan a continuación.

#### **5.2.1. Objetivos generales**

- Aportar evidencias empíricas que puedan ser de utilidad durante el proceso de toma de decisiones intrínseco al psicodiagnóstico de las bajas laborales.
- Facilitar que el nivel de asesoramiento de los profesionales de la salud mental a otros profesionales de las FAS, se base en una toma de decisiones fundamentada en criterios contrastados redundando esto en que dicho asesoramiento incremente sus garantías.
- Disminuir la ambigüedad de rol de los profesionales de la salud mental del ámbito forense que, en ocasiones, pudiera surgir fruto de la relativa ausencia de criterios objetivos y contrastados en su ámbito de aplicación.
- Aumentar las garantías de detección del fraude.
- Reducir los falsos positivos y falsos negativos en los psicodiagnósticos.
- Dignificar a las personas que presentan problemas psicológicos en contextos militares, reduciendo el doble estigma asociado a los problemas psicológicos en dichos contextos.

- Facilitar que los falsos positivos puedan recibir la ayuda adecuada en el momento que lo necesitan.
- Disuadir a los trabajadores de fingir trastornos mentales para obtener recompensas de manera ilícita.
- Ayudar -a líderes militares y la cadena de mando- en la toma de decisiones que guarden relación con las bajas laborales por motivos psicológicos.
- Colaborar en el posicionamiento de la psicología -y la psicología militar- dentro de las profesiones que basan sus prácticas en la evidencia empírica.
- Ayudar a que las prácticas de los psicólogos se basen en la evidencia y, por tanto, se trabaje desde la excelencia y máxima calidad, redundando todo ello en una mejora de la ética profesional.

### **5.2.2. Objetivos específicos**

- Comprobar la utilidad diagnóstica del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología en una muestra militar.
- Analizar las escalas del MMPI-2-RF que mejor clasifiquen al grupo de análogos y al grupo control.
- Comprobar la utilidad diagnóstica del PAI en la detección de simulación de psicopatología en una muestra militar.
- Analizar las escalas del PAI que mejor clasifiquen al grupo de análogos y al grupo control.
- Comprobar la utilidad diagnóstica del SIMS en la detección de simulación de psicopatología en una muestra militar.
- Analizar las escalas del SIMS que mejor clasifiquen al grupo de análogos y al grupo control.

- Comparar el poder predictivo del MMPI-2-RF, PAI y SIMS en la detección de simulación de psicopatología de una muestra militar, analizando fortalezas y debilidades de cada una de las pruebas.
- Analizar los resultados obtenidos en este estudio en relación con los hallazgos de investigaciones similares en contextos civiles y militares.

### **5.3. Hipótesis**

La presente investigación parte de la hipótesis general de que dependiendo del patrón que se simule en cada caso, se pueden detectar diferencias en la manera de simular. Esto se debe a que las estrategias que las personas emplean para simular -salvo cuando son expertas- parten de los estereotipos o ideas ingenuas asociadas a la psicopatología. De este modo, se podría decir que las investigaciones con grupos de análogos no expertos están reflejando los mitos o estereotipos de los trastornos mentales.

Respecto al incentivo económico incluido en las condiciones experimentales C y D (se explicará en el apartado *Procedimiento*), se espera encontrar que los grupos de análogos de las condiciones C y D elaboren patrones menos exagerados.

#### **5.3.1. Hipótesis sobre el SIMS**

El SIMS cuenta con 6 escalas, la escala Total, Psicosis (Ps), Deterioro neurológico (Dn), Trastornos amnésicos (Am), Baja inteligencia (Bi) y Trastornos afectivos (Af). A tenor de los estudios previos y partiendo de que las personas no expertas simulan desde los estereotipos asumidos socialmente sobre los trastornos mentales, lo esperable en este estudio es que las escalas específicas Ps y Af sean las más elevadas en las tres condiciones de análogos.

En línea con los estudios anteriores se plantean las siguientes hipótesis generales:

- 1) Se puede predecir que el grupo control obtendrá puntuaciones directas por debajo de los puntos críticos para cada escala del SIMS marcados por el manual de esta prueba y los demás grupos lo harán siempre por encima de los mismos (ver Tabla 5.1).
- 2) La media del grupo control será significativamente inferior a las medias de los otros tres grupos en todas las escalas.
- 3) Se puede predecir que, dentro de los grupos de análogos, las condiciones C y D, puntuarán por debajo de la condición B en las escalas del SIMS.

Específicamente, se plantean las siguientes hipótesis:

- 4) Se encontrarán diferencias significativas en la escala Total entre la condición experimental A y las condiciones B, C y D
- 5) No se encontrarán diferencias significativas en la escala Total entre las condiciones B, C y D
- 6) Se encontrarán diferencias significativas en la escala Ps entre la condición experimental A y las condiciones B, C y D
- 7) Se encontrarán diferencias significativas en la escala Af entre la condición experimental A y las condiciones B, C y D
- 8) Se encontrarán diferencias significativas en la escala Af entre las condiciones B y C y las condiciones C y D
- 9) Las escalas que mayores tamaños del efecto obtendrán serán Af y Total, por este orden.

**Tabla 5.1**

**Predicción de puntuaciones directas obtenidas en cada escala del SIMS en función de las condiciones experimentales**

Escalas	Condición A	Condiciones B, C y D
<b>Total</b>	$\leq 16$	$> 16$
<b>Ps</b>	$\leq 2$	$> 2$
<b>Dn</b>	$\leq 3$	$> 3$
<b>Am</b>	$\leq 3$	$> 3$
<b>Bi</b>	$\leq 3$	$> 3$
<b>Af</b>	$\leq 7$	$> 7$

### 5.3.2. Hipótesis sobre el PAI

El PAI cuenta con 4 escalas de validez (Infrecuencia, INF; Inconsistencia, INC; Impresión Positiva, IMP; Impresión Negativa, IMN), 11 clínicas (Trastornos somatomorfos, SOM; Ansiedad, ANS; Trastornos relacionados con la ansiedad, TRA; Depresión, DEP; Manía, MAN; Paranoia, PAR; Esquizofrenia, ESQ; Rasgos límites, LIM; Rasgos antisociales, ANT; Problemas con el alcohol, ALC; Problemas con las drogas, DRG), 5 de consideraciones para el tratamiento (Agresión, AGR; Ideaciones suicidas, SUI; Estrés, EST; Falta de apoyo social, FAS; Rechazo al tratamiento, RTR), 2 de relaciones interpersonales (Dominancia, DOM; Afabilidad, AFA) y 30 subescalas que se derivan de 10 escalas, de las que 9 son clínicas (SOM, ANS, TRA, DEP, MAN, PAR, ESQ, LIM, ANT) y una es para considerar de cara al tratamiento (AGR).

Las subescalas son: SOM (Conversión, SOM-C; Somatización, SOM-S; Hipocondría, SOM-H), ANS (Cognitiva, ANS-C; Emocional, ANS-E; Fisiológica, ANS-F), TRA (Obsesivo-Compulsivo, TRA-O; Fobias, TRA-F; Estrés postraumático, TRA-E), DEP (Cognitiva, DEP-C; Emocional, DEP-E; Fisiológica, DEP-F), MAN (Nivel de actividad, MAN-A; Grandiosidad, MAN-G; Irritabilidad, MAN-I), PAR (Hipervigilancia, PAR-H; Persecución, PAR-P; Resentimiento, PAR-R), ESQ (Experiencias psicóticas, ESQ-P; Indiferencia social, ESQ-S; Alteración del pensamiento, ESQ-A), LIM (Inestabilidad emocional, LIM-E; Alteración de la identidad, LIM-I; Relaciones interpersonales problemáticas, LIM-P; Autoagresiones, LIM-A), ANT (Conductas antisociales, ANT-A; Egocentrismo, ANT-E; Búsqueda de sensaciones, ANT-B), AGR (Actitud agresiva, AGR-A; Agresiones verbales, AGR-V; Agresiones físicas, AGR-F).

Los indicadores de exageración de síntomas del PAI que se analizarán son tres: Impresión negativa (IMN), Simulación (SIM) y Función discriminante de Rogers (FDR). Los dos últimos son indicadores complementarios que no forman parte de la prueba comercial.

A tenor de los estudios anteriores, se plantean las siguientes hipótesis generales:

- 1) Se puede predecir que el grupo control obtendrá puntuaciones directas por debajo de los demás grupos en todas las escalas, a excepción de las escalas IMP, RTR, DOM y AFA, en las que puntuará por encima de ellos. Estas diferencias serán significativas en todas las escalas.
- 2) Se puede predecir que, dentro de los grupos de análogos, las condiciones C y D puntuarán por debajo de la condición B en las escalas específicas de detección del PAI.

Específicamente, las hipótesis que se plantean son:

- 3) Se encontrarán diferencias significativas en la escala IMN entre la condición A y las condiciones B, C y D.
- 4) No se encontrarán diferencias significativas en la escala IMN entre las condiciones B, C y D
- 5) Se encontrarán diferencias significativas en la escala SIM entre la condición A y las condiciones B, C y D.
- 6) No se encontrarán diferencias significativas en la escala SIM entre las condiciones B, C y D
- 7) Se encontrarán diferencias significativas en la escala FDR entre la condición A y las condiciones B, C y D.
- 8) No se encontrarán diferencias significativas en la escala FDR entre las condiciones B, C y D
- 9) Los mayores tamaños del efecto para las escalas específicas de detección de simulación se encontrarán en la escala IMN

### **5.3.3. Hipótesis sobre el MMPI-2-RF**

El MMPI-2-RF cuenta con 9 escalas de validez (Interrogante, ?; Inconsistencia de respuestas variables, VRIN-r; Inconsistencia de respuestas verdadero, TRIN-r; Infrecuencia, F-r; Psicopatología infrecuente, Fp-r; Quejas somáticas infrecuentes, Fs; Validez de los síntomas, FBS-r; Virtudes inusuales, L-r; Validez de ajuste, K-r). De estas, las escalas que detectan simulación son: F-r; Fp-r; Fs; FBS-r; mientras que, las que detectan disimulación son: L-r, K-r.

Además, cuenta con 3 escalas de dimensiones globales (Alteraciones emocionales o internalizadas, EID; Alteraciones del pensamiento, THD; Alteraciones del comportamiento o externalizadas, BXD), 9 escalas clínicas reestructuradas (Desmoralización, RCd; Quejas somáticas, RC1; Escasez de emociones positivas, RC2; Desconfianza, RC3; Conducta antisocial, RC4; Ideas persecutorias, RC6; Emociones negativas disfuncionales, RC7; Experiencias anormales, RC8; Activación hipomaniaca, RC9), 5 escalas de quejas somáticas y cognitivas (Malestar general, MLS; Quejas gastrointestinales, GIC; Quejas de dolor de cabeza, HPC; Quejas neurológicas, NUC; Quejas cognitivas, COG), 9 escalas de internalización (Ideación suicida, SUI; Indefensión/ Desesperanza, HLP; Inseguridad, SFD; Ineficacia, NFC; Estrés/ Preocupaciones, STW; Ansiedad, AXY; Propensión a la ira, ANP; Miedos incapacitantes, BRF; Miedos específicos), 4 escalas de externalización (Problemas de conducta juveniles, JCP; Abuso de sustancias, SUB; Agresión, AGG; Activación, ACT) y 5 escalas interpersonales (Problemas familiares, FML; Pasividad interpersonal, IPP; Evitación social, SAV; Timidez, SHY; Misantería, DSF).

Por último, cuenta con 2 escalas de intereses (Intereses estético-literarios, AES; Intereses mecánico- físicos, MEC) y 5 escalas de personalidad psicopatológica (Agresividad- revisada, AGGR-r; Psicoticismo- revisada, PSYC-r; Falta de control- revisada, DISC-r; Emocionalidad negativa/ Neuroticismo- revisada, NEGE-r; Introversión/ Escasa emocionalidad positiva- revisada, INTR-r).

Las hipótesis generales que se plantean son:

- 1) Se puede predecir que el grupo control obtendrá puntuaciones directas por debajo de los demás grupos en todas las escalas, a excepción de las escalas L-r, K-r, AES y MEC, en las que puntuará por encima de ellos. Estas diferencias serán significativas en todas las escalas.
- 2) Se puede predecir que, dentro de los grupos de análogos, las condiciones C y D, puntuarán significativamente por debajo de la condición B en las escalas específicas de detección de simulación del MMPI-2-RF.

Específicamente, las hipótesis que se plantean son:

- 3) Se encontrarán diferencias significativas en la escala F-r entre la condición A y las condiciones B, C y D.
- 4) No se encontrarán diferencias significativas en la escala F-r entre las condiciones B, C y D
- 5) Se encontrarán diferencias significativas en la escala Fp-r entre la condición A y las condiciones B, C y D.
- 6) No se encontrarán diferencias significativas en la escala Fp-r entre las condiciones B, C y D
- 7) Se encontrarán diferencias significativas en la escala Fs entre la condición A y las condiciones B, C y D.
- 8) No se encontrarán diferencias significativas en la escala Fs entre las condiciones B, C y D
- 9) Se encontrarán diferencias significativas en la escala FBS-r entre la condición A y las condiciones B, C y D.
- 10) No se encontrarán diferencias significativas en la escala FBS-r entre las condiciones B, C y D
- 11) Los mayores tamaños del efecto para las escalas específicas de detección de simulación se encontrarán en la escala F-r

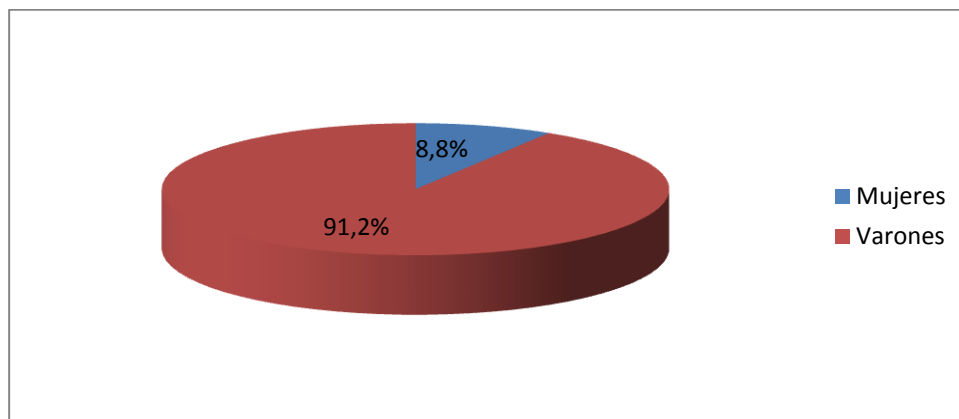
#### **5.4. Participantes**

Los participantes del estudio son Militares de Tropa y Marinería (MTM) y fueron seleccionados de diversas unidades de la Fuerza del Ejército de Tierra (ET) integradas en los artículos 20.2.b) de la Orden Ministerial 8/2015, de 21 de enero, por la que se desarrolla la organización básica de las Fuerzas Armadas y 28.b) del Real Decreto 872/2014, de 10 de octubre, por el que se establece la organización básica de las Fuerzas Armadas. La característica esencial del personal que forma la muestra de estudio es que pertenecen a la estructura de la Fuerza Terrestre, cuyo cometido principal consiste en “prepararse para constituir, de forma rápida y eficaz, estructuras operativas terrestres para la realización de operaciones militares” (art. 28.b del R.D. 872/2014).



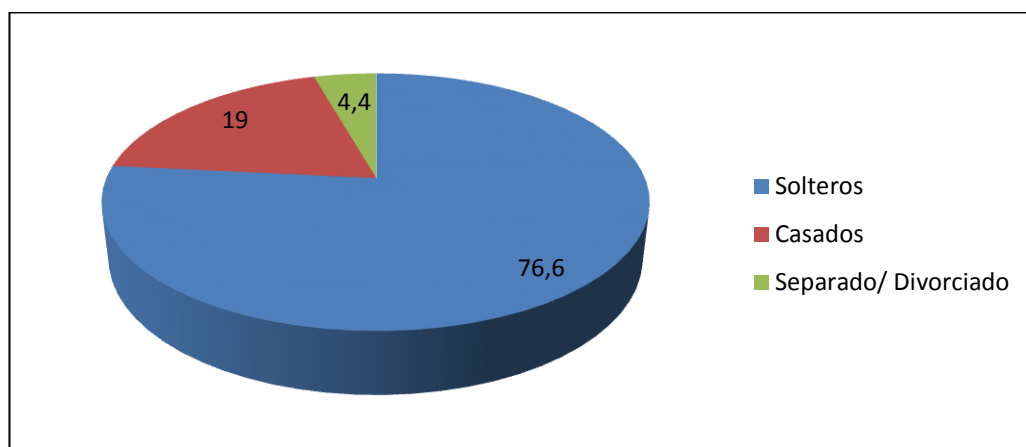
La muestra estuvo compuesta por 342 participantes sanos, con edades comprendidas entre los 18 y 50 años, y con una media de edad de 26,06 años ( $d. t. = 5,40$ ). El 91,2% eran varones y el 8,8% mujeres (véase Gráfico 5.1).

**Gráfico 5.1. Porcentaje de participantes en función del sexo**



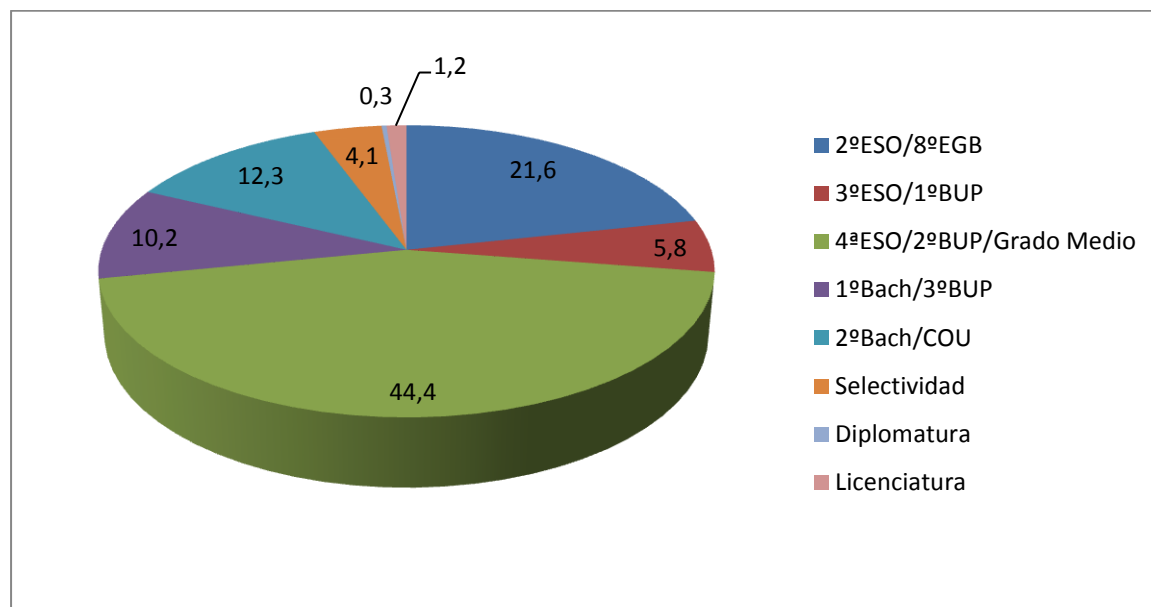
En cuanto al estado civil, el 76,6% eran solteros, el 19% casados y el 4,4% separados/ divorciados (ver Gráfico 5.2).

**Gráfico 5.2. Porcentaje de participantes en función del estado civil**



En relación al nivel de estudios, el 21,6% habían acabado 2º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) o el antiguo 8º de Enseñanza General Básica (EGB). El 5,8% habían superado 3º de ESO o 1º del antiguo Bachillerato Unificado Polivalente (BUP). El 44,4% tenían los estudios de 4º de ESO, 2º de BUP o Grado Medio. El 10,2% alcanzaron el nivel de 1º de Bachillerato o 3º de BUP. El 12,3% obtuvieron el título de 2º de Bachillerato o el Curso de Orientación Universitaria (COU). El 4,1% tenía la Selectividad. El 0,3% contaban con estudios de Diplomatura y el 1,2% de Licenciatura (ver Gráfico 5.3).

**Gráfico 5.3. Porcentaje de participantes en función del nivel de estudios**



La media de antigüedad en las Fuerzas Armadas en la escala de MTM fue de 4,82 años (*d.t.* = 4,99) (ver Tabla 5.1) y la nacionalidad de los participantes fue mayoritariamente española (85,7%). El resto de nacionalidades y sus porcentajes asociados se pueden apreciar en la Tabla 5.2.

**Tabla 5.2. Descripción socio-demográfica de la muestra**

		N	%
<b>SEXO</b>	Mujer	30	8,8
	Hombre	312	91,2
<b>EDAD</b>	18-24 años	169	49,4
	25-30 años	112	32,8
	31-37 años	46	13,5
	38-50	15	4,5
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero	262	76,6
	Casado	65	19
	Separado/ Divorciado	15	4,4
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	2ºESO/ 8ºEGB	74	21,6
	3ºESO/ 1ºBUP	20	5,8
	4ºESO/ 2ºBUP/ Grado Medio	152	44,4
	1ºBachiller/ 3ºBUP	35	10,2
	2ºBachiller/ COU	42	12,3
	Selectividad	14	4,1
	Diplomatura	1	,3
	Licenciatura	4	1,2
<b>NACIONALIDAD</b>	Española	293	85,7
	Ecuatoriana	20	5,8
	Colombiana	16	4,7
	Nicaragüense	1	,3
	Alemana	1	,3
	Marroquí	1	,3
	Panameña	1	,3
	Dominicana	1	,3
	Venezolana	2	,6
	Boliviana	2	,6
	Salvadoreña	2	,6
	Peruana	1	,3
	Francesa	1	,3
<b>ANTIGÜEDAD EN LAS FAS</b>	1-3 años	196	57,3
	4-6 años	69	20,2
	7-9 años	20	5,9
	10-12 años	24	7
	13-15 años	13	3,9
	16-18 años	14	3,1
	19-31 años	6	1,8

## 5.5. Diseño

El estudio se realizó mediante un diseño de análogos con cuatro variables independientes (este tipo de diseños fueron explicados en el capítulo anterior). Para ello, la muestra se dividió en cuatro grupos que, a su vez, dieron lugar a las cuatro condiciones experimentales. Se hizo un muestreo por conglomerados, formándose cuatro grupos con el personal de

las unidades, no bajo el procedimiento de aleatorización de la muestra, pues esto sería imposible de solicitar y realizar dadas las necesidades del servicio. Sin embargo, si fue aleatoria la inclusión de cada sujeto en su condición experimental.

La condición experimental A estuvo compuesta por 95 sujetos (27,8%), la B por 70 (20,5%), la C por 90 (26,3%) y la D por 87 (25,4%) (ver Tabla 5.3).

**Tabla 5.3. Descripción de participantes en cada condición experimental**

		N	%
Condición experimental A	CONTROL	95	27,8
Condición experimental B	ANALOGO GENERAL	70	20,5
Condición experimental C	ANALOGO DEPRESIÓN	90	26,3
Condición experimental D	ANÁLOGO ANSIEDAD/ ESTRES	87	25,4

Las variables dependientes de la investigación son las escalas de cada prueba. Así, se analizarán las relaciones entre las cuatro variables independientes y las dependientes, que fueron, en total, 111: 6 escalas del SIMS, 54 del PAI y 51 del MMPI-2-RF. Estas escalas se describen en el apartado 5.7. *Instrumentos de medida*.

En cuanto a la contaminación del estudio debido a la posibilidad de que los participantes presentaran psicopatología real, cabe mencionar que esta variable está controlada debido a que estos sujetos pasaron pruebas clínicas para ingresar en las FAS en las que se evaluaban, entre otros, trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, psicóticos y paranoidismo. Además, estos sujetos van pasando por distintos reconocimientos médicos en los que son evaluados nuevamente. Por otra parte, debido a las altas demandas asociadas a las propias unidades en las que están destinados, no puede darse el caso de que alguno o alguna de ellos o ellas estuviera pasando por un trastorno mental en grado elevado en el momento de la prueba, ya que estas situaciones están controladas por los propios procedimientos que protegen la salud de los profesionales en las FAS.

En cuanto a la posibilidad de contaminación del estudio debido a que los participantes fueran expertos en trastornos mentales o en índices de detección de simulación de la prueba, si bien no se encuestó sobre ello, es cierto que dada la naturaleza de la muestra no se espera que la misma tenga un nivel elevado de conocimientos en estas dos cuestiones.

## **5.6. Procedimiento**

Previamente al estudio, se solicitó permiso para desarrollar la presente investigación al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Central de la Defensa quien, estudiada la solicitud, determinó que se reunían todos los requisitos exigibles. La Inspección General de Sanidad de la Defensa aprobó la conveniencia del estudio.

Tras diversas peticiones de personal en distintas unidades militares, la Brigada de la Legión aceptó participar aportando, aproximadamente, 400 sujetos. Originalmente, se pretendía contar con una muestra clínica de militares que estuvieran de baja médica por psiquiatría, además de la muestra control y la muestra experimental mencionadas. Sin embargo, dadas las dificultades para conseguir las propias muestras para formar el grupo control y el experimental, así como las trabas asociadas al contexto forense del que se pretendía obtener esta tercera muestra clínica, se optó por declinar la opción. Sin embargo, cabe mencionar que contar con dicha muestra, habría posibilitado mejorar la validez externa de la investigación que con el diseño de análogos es, de por sí, baja.

En cinco días consecutivos (del 20 al 24 de septiembre de 2010) se citó a los participantes a las 9:00 de la mañana en el comedor de la unidad en la que estaban destinados. Los dos primeros días la citación se hizo a personal destinado en unidades de la Base de Almería y los tres siguientes en unidades de la Base de Ronda. El primer día, se citaron entre 75 y 100 participantes, para formar parte de la condición A. El segundo día se citaron, también, entre 75 y 100 sujetos, para formar la condición B. El tercer día, se citaron entre 75 y 100 participantes con el objetivo de crear la condición C. El cuarto día, con 75 y 100 sujetos citados, se crearía la condición D. Puesto

que los dos primeros días la participación fue menor, el último día, se citaron 50 sujetos para aumentar las condiciones A y B aunque, finalmente, los participantes formaron parte de la condición A. La Tabla 5.4 recoge el número y porcentaje de participantes en cada condición experimental en función de la unidad de procedencia.

**Tabla 5.4. Descripción de participantes en cada condición experimental según unidad de procedencia**

		Condición A	Condición B	Condición C	Condición D	Total
<b>Almería</b>	N	71	70	0	0	141
	%	74,7%	100%	0%	0%	41,2%
<b>Ronda</b>	N	24	0	90	87	201
	%	25,3%	0%	100%	100%	58,8%
<b>Total</b>	N	95	70	90	87	342
	%	100%	100%	100%	100%	100%

Una vez reunidos los grupos, la misma autora del estudio les explicó el contexto de la investigación, la finalidad, confidencialidad, anonimato, voluntariedad, consentimiento informado y la duración aproximada del ejercicio (ANEXO 1). Aunque las unidades ofrecieron personal de apoyo a la investigadora, se renunció a él, pues al ser personal militar no experto, se consideró que podría influir en los resultados.

Posteriormente, a todos los grupos se les pidió que firmaran el hoja de consentimiento informado (ANEXO 2), rellenaran los datos sociodemográficos (ANEXO 3) y respondieran a tres pruebas psicológicas en el mismo orden en el que se presentaban, primero MMPI-2-RF, segundo PAI y tercero SIMS. Finalmente, se expuso el formato de cada una, así como el modo en que debían responderse siguiendo para ello las instrucciones estándar incluidas en los manuales de aplicación respectivos del SIMS, PAI y MMPI-2-RF.

Cada condición experimental recibió diferentes instrucciones previas a la realización de las pruebas (ANEXO 4). Al grupo control se le pidió que respondiera con normalidad y sinceridad (Condición experimental A). Al

grupo de análogos de psicopatología general, se le solicitó que contestara a las preguntas intentando aparentar encontrarse tan mal psicológicamente como para necesitar una baja laboral (Condición B). Al grupo de análogos de depresión, se le dijo que respondiera como si estuvieran pasando por una depresión con necesidad de estar de baja laboral (Condición C). Por último, Al grupo de análogos de ansiedad, se le dijo que realizara las pruebas fingiendo ansiedad –para facilitar la comprensión de los sujetos de lo que se les pedía fingir, también se empleó la palabra estrés- como para estar de baja laboral (Condición D).

A los tres grupos de análogos se les advirtió que debían intentar fingir sin ser detectados. A las condiciones C y D se les ofreció un incentivo económico, a cada una, de 50€ al que mejor consiguiera fingir sin ser descubierto.

## 5.7. Instrumentos de medida

A todos los participantes se les aplicó cuestionario de datos sociodemográficos (ANEXO 3) y una batería de pruebas, entre las que se incluyeron el *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Widows y Smith, 2005; González Ordi y Santamaría, 2009), el *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991, 2007; Ortiz-Tallo et al., 2011) y el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* en su segunda versión reestructurada (MMPI-2-RF; Ben-Porath y Tellegen, 2008; Santamaría, 2009). El SIMS y el MMPI-2-RF se compraron a TEA ediciones. El PAI se obtuvo a través de TEA ediciones, cuando la prueba estaba en fase experimental de adaptación a la población española.

Se eligieron estas pruebas porque son las que mayor atención han recibido en la comunidad científica para investigar la detección de simulación de trastorno mental, acumulado las mayores evidencias favorables. Además, son las más empleadas en psicología forense (Archer, Buffington-Vollum, Stredny y Handel, 2006).

### **5.7.1. SIMS**

El SIMS es un instrumento de evaluación que consta de 75 ítems, con un formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, que puede ser aplicado en aproximadamente 10-15 minutos. Su objetivo es la detección de síntomas simulados de carácter psicopatológico y neuropsicológico y puede resultar útil aplicado como medida de screening aislada o formando parte de una batería de evaluación más completa y pormenorizada en un amplio rango de contextos (p. ej., evaluaciones forenses, neuropsicológicas y médico-legales).

Las estrategias que emplea para la detección de síntomas simulados, incluye síntomas improbables (p. ej., "A veces cuando escribo un número de teléfono, me doy cuenta de que los números salen al revés aunque yo no lo intente."), infrecuentes ("Siento tanto dolor en mi cuerpo que parece como si tuviera bichos andando bajo mi piel"), severidad de los síntomas ("Rara vez me río") y combinación de síntomas inverosímiles ("Tengo dolor de cabeza y mareos justo cuando olvido algo").

Cuenta con seis escalas: Total, Psicosis (Ps), Deterioro neurológico (Dn), Trastornos amnésicos (Am), Baja inteligencia (Bi) y Trastornos afectivos (Af).

Su estructura factorial ha sido analizada en distintos estudios tanto en su versión original americana (Widow y Smith, 2005) como en su adaptación española (González-Ordi y Santamaría, 2009).

En cuanto a su fiabilidad, entendida como consistencia interna, el estudio realizado con 1005 participantes, obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 para la escala Total; de 0,90 para Ps; 0,85 para Dn; 0,90 para Am; 0,69 para Bi; y 0,65 para Af. En cuanto a la estabilidad de las puntuaciones se observó una correlación test-retest de 0,72 (Merckelbach y Smith, 2003) en la adaptación holandesa de la prueba (para mayor información ver: González Ordi y Santamaría, 2009).



### 5.7.2. PAI

El PAI es un cuestionario multidimensional de personalidad de uso principalmente clínico y forense. Está compuesto de 344 ítems, con un formato de respuesta de cuatro opciones (falso, no es cierto en absoluto/ ligeramente verdadero/ bastante verdadero/ completamente verdadero), que puede ser aplicado en 45 minutos aproximadamente. Proporciona resultados en 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas relacionadas con el tratamiento y 2 escalas interpersonales. Las escalas clínicas se corresponden con las agrupaciones psicopatológicas del DSM. De estas, 9 (más una escala de consideraciones para el tratamiento) se subdividen cada una en 3 distintas subescalas, formando 30 subescalas en total, que se centran en aspectos específicos dentro del amplio cuadro que forma el síndrome.

- Las 4 escalas de validez son: Infrecuencia, INF; Inconsistencia, INC; Impresión Positiva, IMP; Impresión Negativa, IMN.
- Las 11 clínicas son: Trastornos somatomorfos, SOM; Ansiedad, ANS; Trastornos relacionados con la ansiedad, TRA; Depresión, DEP; Manía, MAN; Paranoia, PAR; Esquizofrenia, ESQ; Rasgos límites, LIM; Rasgos antisociales, ANT; Problemas con el alcohol, ALC; Problemas con las drogas, DRG)
- Las 5 consideraciones para el tratamiento son: Agresión, AGR; Ideaciones suicidas, SUI; Estrés, EST; Falta de apoyo social, FAS; Rechazo al tratamiento, RTR.
- Las 2 interpersonales son: Dominancia, DOM; Afabilidad, AFA.
- Las 30 subescalas son: SOM (Conversión, SOM-C; Somatización, SOM-S; Hipocondría, SOM-H), ANS (Cognitiva, ANS-C; Emocional, ANS-E; Fisiológica, ANS-F), TRA (Obsesivo-Compulsivo, TRA-O; Fobias, TRA-F; Estrés postraumático, TRA-E), DEP (Cognitiva, DEP-C; Emocional, DEP-E; Fisiológica, DEP-F), MAN (Nivel de actividad, MAN-A; Grandiosidad, MAN-G; Irritabilidad, MAN-I), PAR (Hipervigilancia, PAR-H; Persecución, PAR-P; Resentimiento, PAR-R), ESQ (Experiencias psicóticas, ESQ-P; Indiferencia social, ESQ-S; Alteración del pensamiento, ESQ-A), LIM (Inestabilidad emocional, LIM-E; Alteración de la identidad, LIM-I; Relaciones interpersonales problemáticas, LIM-P; Autoagresiones, LIM-A), ANT (Conductas antisociales, ANT-A; Egocentrismo, ANT-E; Búsqueda de

sensaciones, ANT-B), AGR (Actitud agresiva, AGR-A; Agresiones verbales, AGR-V; Agresiones físicas, AGR-F).

Los indicadores de exageración de síntomas del PAI que se analizarán en el estudio son:

- IMN (Impresión Negativa): Es la escala inicial para valorar la presencia de exageración de síntomas. IMN está compuesta por nueve ítems con un contenido altamente improbable, atípico, psicótico, disfórico y orgánico que son raramente respondidos en la dirección de la escala tanto por muestra normal como por muestra clínica. Existen dos grupos de ítems dentro de esta escala. Un grupo presenta una visión distorsionada o exagerada de sí mismo y de sus circunstancias (p.ej., "mi destino ha sido ser infeliz desde el día en que nací"), mientras que otro representa síntomas extremadamente raros y extraños ("a veces veo sólo en blanco y negro", "creo que dentro de mí hay tres o cuatro personalidades completamente diferentes"). Estos dos grupos representan dos grandes estrategias de detección de exageración de síntomas descritas en el capítulo 4, amplificación e inverosimilitud de los síntomas.
- SIM (índice de simulación): Fue creado por Morey (1996) como un índice más específico de simulación que fuera relativamente independiente del nivel de psicopatología que mostrara el sujeto. El SIM está compuesto por ocho características observadas en los perfiles de simulación comparados con los perfiles de pacientes con psicopatología (especialmente de trastornos graves).
- FDR (Función discriminante de Rogers): Fue creado para distinguir perfiles del PAI de pacientes clínicos genuinos, de sujetos a los que se les había instruido para simular distintos trastornos psiquiátricos. Para ello, calcula una puntuación basada en la ponderación de 20 escalas del PAI. Se ponderan negativamente ocho escalas del PAI, que suelen ser más altas en pacientes genuinos que en simuladores; por el contrario, se ponderan positivamente otras doce escalas que suelen ser más altas en muestras de simuladores que en pacientes clínicos genuinos. Esta escala comparte con el SIM su relativa independencia del nivel de psicopatología y su resistencia al entrenamiento para evitar ser detectado. No obstante, la investigación realizada no ha confirmado claramente su efectividad en

contextos reales, por lo que Hawes y Boccaccini (2009) recomiendan que esta escala no sea usada por el momento hasta que otras nuevas evidencias garanticen su eficacia en estudios de grupos diagnósticos.

En cuanto a las propiedades psicométricas del PAI, en su versión original, se analizaron en tres muestras, resultando una fiabilidad promedio test-retest de 0,83, una consistencia interna para el conjunto de escalas en la muestra normativa de 0,75 a 0,79, y unos valores medios de alfa de Cronbach de 0,81, 0,86 y 0,82 respectivamente para cada una de las muestras -de tipificación, clínica y de estudiantes-. En la adaptación española, las propiedades psicométricas del PAI se revisaron también en tres muestras. La fiabilidad promedio test-retest fue de 0,82 y la consistencia interna de sus escalas obtuvo coeficientes alfa de Cronbach promedio de 0,78 para la muestra normal y de 0,83 para la muestra clínica (para mayor información ver: Ortiz-Tallo et al., 2011).

### **5.7.3. MMPI-2-RF**

El MMPI-2-RF es un inventario de evaluación de la personalidad psicopatológica. Es una nueva versión del MMPI compuesta por 338 ítems dicotómicos (verdadero/falso), seleccionados de entre los 567 ítems originales del MMPI-2. El MMPI-2-RF fue desarrollado con el objetivo de proporcionar una evaluación alternativa al MMPI-2 que fuera más breve y psicométricamente más eficiente. Puede ser aplicado en 35- 50 minutos aproximadamente. Incluye seis conjuntos de escalas: validez, dimensiones globales, clínicas reestructuradas, problemas específicos, intereses y personalidad psicopatológica. Estas escalas se detallan a continuación:

- Las 9 escalas de validez son: Interrogante, ?; Inconsistencia de respuestas variables, VRIN-r; Inconsistencia de respuestas verdadero, TRIN-r; Infrecuencia, F-r; Psicopatología infrecuente, Fp-r; Quejas somáticas infrecuentes, Fs; Validez de los síntomas, FBS-r; Virtudes inusuales, L-r; Validez de ajuste, K-r.

- Las 3 escalas de dimensiones globales son: Alteraciones emocionales o internalizadas, EID; Alteraciones del pensamiento, THD; Alteraciones del comportamiento o externalizadas, BXD.
- Las 9 escalas clínicas reestructuradas: Desmoralización, RCd; Quejas somáticas, RC1; Escasez de emociones positivas, RC2; Desconfianza, RC3; Conducta antisocial, RC4; Ideas persecutorias, RC6; Emociones negativas disfuncionales, RC7; Experiencias anormales, RC8; Activación hipomaniaca, RC9.
- Las 18 escalas de problemas específicos son: Malestar general, MLS; Quejas gastrointestinales, GIC; Quejas de dolor de cabeza, HPC; Quejas neurológicas, NUC; Quejas cognitivas, COG; Ideación suicida, SUI; Indefensión/ Desesperanza, HLP; Inseguridad, SFD; Ineficacia, NFC; Estrés/ Preocupaciones, STW; Ansiedad, AXY; Propensión a la ira, ANP; Miedos incapacitantes, BRF; Miedos específicos; Problemas de conducta juveniles, JCP; Abuso de sustancias, SUB; Agresión, AGG; Activación, ACT; Problemas familiares, FML; Pasividad interpersonal, IPP; Evitación social, SAV; Timidez, SHY; Misantrópía, DSF.
- Las 2 escalas de intereses personales: Intereses estético- literarios, AES; Intereses mecánico- físicos, MEC
- Las 5 escalas de personalidad psicopatológica: Agresividad- revisada, AGGR-r; Psicoticismo- revisada, PSYC-r; Falta de control- revisada, DISC-r; Emocionalidad negativa/ Neuroticismo- revisada, NEGE-r; Introversión/ Escasa emocionalidad positiva- revisada, INTR-r.

Los indicadores de exageración de síntomas del MMPI-2-RF que se analizarán en el estudio son:

- F-r (Infrecuencia): Sirve como un indicador general de exageración de síntomas psicológicos. Está compuesta por 32 ítems que son respondidos infrecuentemente en la dirección de la escala por la muestra normativa. Elimina la antigua distinción entre F y Fb, sintetizando ambas en una única escala, F-r, que está compuesta por ítems de las distintas partes del cuestionario.
- Fp-r (Psicopatología infrecuente): Es un indicador de exageración de síntomas psicopatológicos graves. Esta escala fue desarrollada originalmente por Arbisi y Ben-Porath (1995) para complementar a la

escala F, cuyas puntuaciones podían verse elevadas por la presencia de trastornos psicopatológicos graves. La escala Fp pretendía solucionar este problema seleccionando ítems infrecuentes, no en la muestra normativa como la escala F, sino en muestras con problemas psicopatológicos. Así, a diferencia de lo que sucede en F-r, las puntuaciones de Fp-r tienden menos a confundirse con trastornos o problemas graves.

- Fs (Quejas somáticas infrecuentes): Se utiliza para identificar a sujetos evaluados que informan de un elevado número de quejas somáticas raramente alegadas por pacientes en tratamiento médico. Esta escala fue introducida en el MMPI-2-RF siguiendo la misma estrategia de infrecuencia, pero aplicada, en este caso, a quejas somáticas. Wygant, Ben-Porath y Arbisi (2004) desarrollaron esta escala a partir de la identificación de 16 ítems que describían síntomas somáticos infrecuentes en dos grandes muestras de pacientes en tratamiento médico y en una muestra de pacientes con dolor crónico.
- FBS-r (Validez de los síntomas): Constituida por 30 ítems que forman un subconjunto dentro del conjunto completo de 43 ítems que componían la versión de esta escala en el MMPI-2 (FBS) está diseñada originalmente como complemento a la escala F del MMPI-2. Tiene como objetivo identificar individuos con síntomas no creíbles en el contexto de litigios civiles o solicitudes de incapacidad. Esta escala fue construida a partir de criterios empíricos y racionales buscando detectar una doble estrategia de simular un alto grado de afectación debido a la lesión y una minimización de los problemas emocionales y de personalidad previos al accidente o lesión. Es decir, una combinación de exageración y minimización presente en los contextos de reclamación por accidentes, lesiones o solicitudes de incapacidad (Greiffenstein, Fox y Lees-Haley, 2007)

Todos estos indicadores han mostrado su capacidad discriminativa de simulación en distintos contextos y particularmente en la detección de simulación en contextos médico-legales (Gervais et al., 2010, 2011; Rogers, Gillard, et al., 2011; Santamaría et al., 2010; Sellbom, Wygant y Bagby, 2012; Wygant et al., 2009, 2010, 2011).

En cuanto a la fiabilidad del MMPI-2-RF, los coeficientes alfa de Cronbach medios para las escalas analizadas por Tellegen y Ben-Porath

(2008) oscilaron entre 0,50 y 0,77 y entre 0,60 y 0,86 para las muestras de tipificación y clínica respectivamente. En cuanto a la adaptación de la prueba a población española, Santamaría (2009) halló unos alfa de Cronbach que oscilaron entre 0,49 y 0,79 para la muestra de tipificación y entre 0,55 y 0,85 para la muestra clínica (ver Tabla 5.5). Por otra parte, las correlaciones test-retest de las escalas oscilaron entre 0,66 y 0,89 (para mayor información ver: Santamaría, 2009)

**Tabla 5.5. Resumen de fiabilidad del MMPI-2-RF (adaptado de Santamaría, 2009)**

	Tellegen y Ben-Porath (2008)			Santamaría (2009)	
	Test-retest	Alfa de Cronbach		Alfa de Cronbach	
Escalas	Muestra normal	Muestra normal	Muestra clínica	Muestra normal	Muestra clínica
Validez	0,66	0,50	0,60	0,55	0,61
Globales	0,84	0,77	0,86	0,79	0,85
Clínicas reestructuradas	0,81	0,76	0,84	0,77	0,82
Somáticas/ Cognitivas	0,73	0,63	0,79	0,65	0,75
Internalización	0,75	0,57	0,71	0,62	0,68
Externalización	0,82	0,61	0,69	0,59	0,65
Interpersonales	0,78	0,67	0,75	0,69	0,69
Intereses	0,89	0,57	0,62	0,49	0,55
Personalidad patológica	0,84	0,73	0,78	0,71	0,75

## 5.8. Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete estadístico *SPSS 19.0*. Se llevaron a cabo diferentes análisis en relación a los objetivos e hipótesis propuestos en este estudio. En primer lugar, se procedió a realizar un análisis descriptivo de diversas variables. Para ello, se calcularon frecuencias, porcentajes, estadísticos de tendencia central y dispersión dependiendo de la naturaleza de cada una de las variables incluidas. Asimismo, se utilizaron pruebas de *Chi-Cuadrado* de Pearson para comprobar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de participantes en variables de tipo socio-demográfico y

variables descriptivas, así como análisis de varianza (ANOVA) de 1 factor en el caso de variables cuantitativas.

En segundo lugar, se analizaron las posibles diferencias entre los grupos de participantes en aquellas variables dependientes especificadas en el apartado inmediatamente anterior *Instrumentos de medida*. Para ello, se realizó con cada una de las variables dependientes un análisis de covarianza (ANCOVA) de 1 factor, ya que los grupos diferían de manera estadísticamente significativa en dos variables cuantitativas: edad y antigüedad, obteniendo además el tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas. Por último, se utilizaron comparaciones post-hoc a través de la prueba de *Bonferroni*, mediante la que se determina en qué grupos concretos se dan diferencias en el caso de que existan.

Adicionalmente se calcularon los tamaños del efecto con la *d de Cohen*, pues, como se comentó en el capítulo 4, el estadístico más asentado en el campo de la simulación y con criterios específicos de interpretación es la *d de Cohen* (Cohen, 1992), con unos rangos de interpretación sugeridos más exigentes para éste ámbito que para otros (Rogers et al., 2003; Rogers, 2008b):  $d \geq 0,75$  = Tamaño del efecto moderado;  $d \geq 1,25$  = Tamaño del efecto grande;  $d \geq 1,50$  = Tamaño del efecto muy grande.

## **Capítulo 6**

### **Resultados**





### 6.1. Equivalencias y diferencias sociodemográficas y descriptivas entre condiciones experimentales

En primer lugar, mediante las pruebas *Chi-Cuadrado* de Pearson se analiza si hay diferencias significativas en las características sociodemográficas y descriptivas de cada condición experimental. Para que los resultados tengan una mayor coherencia y poder llevar a cabo los análisis estadísticos correspondientes, se han agrupado las diferentes categorías de nacionalidad y nivel de estudios en categorías más amplias.

Como se puede observar en la Tabla 6.1 los resultados indican que los 4 grupos presentan diferencias significativas en relación a la edad ( $F_{(3,338)} = 4,93, p < ,01$ ), en concreto, la media de edad del grupo control (27,83 años) es significativamente mayor que la de los otros tres grupos. En cuanto a la antigüedad, también existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos ( $F_{(3,338)} = 4,58, p < ,01$ ), siendo el grupo control el de más antigüedad comparado con los otros tres grupos (véase Tabla 6.1).

Analizando el resto de variables socio-demográficas, las pruebas *Chi-Cuadrado* de Pearson indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de estas variables, salvo en lo que se refiere al lugar donde se llevó a cabo la evaluación, donde los grupos sí difieren de manera estadísticamente significativa. En concreto, se encontró que en el grupo control y en el de análogos general hay mayor proporción de participantes evaluados en Almería, mientras que en el grupo de análogos de depresión y análogos de ansiedad hay una mayor proporción de evaluados en Ronda ( $\chi^2_{(3)} = 267,97, p < ,001$ ) (véase Tabla 6.1).

Por tanto, salvo en edad, antigüedad y lugar de la unidad de destino los cuatro grupos experimentales son equivalentes.

**Tabla 6.1. Distribución de variables sociodemográficas en función del grupo de pertenencia**

		Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,338)}/\chi^2$
<b>EDAD (años)</b>		27,83 ± 6,39	25,30 ± 4,84	25,50 ± 4,99	25,30 ± 4,67	<b>4,93**</b> $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,04$ 1>2*; 1>3*; 1>4**
<b>ANTIGÜEDAD (años)</b>		6,4 ± 5,90	4,17 ± 4,48	4,34 ± 4,68	4,10 ± 4,27	<b>4,58**</b> $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,04$ 1>2*; 1>3*; 1>4*
<b>NACIONALIDAD</b>	Española	82,1% (R.C.= -1,2)	82,9% (R.C.= -0,8)	92,2% (R.C.= 2,1)	85,1% (R.C.= -0,2)	8,52 <sup>a</sup>
	Latinoamericana	16,8% (R.C.= 1,1)	14,3% (R.C.= 0,2)	7,8% (R.C.= -1,8)	14,9% (R.C.= 0,5)	
	Otras	1,1% (R.C.= 0,2)	2,9% (R.C.= 2)	0% (R.C.= -1)	0% (R.C.= -1)	
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	Primarios	73,7% (R.C.= 0,4)	67,1% (R.C.= -1)	77,8% (R.C.= 1,4)	67,8% (R.C.= -1)	6,71 <sup>a</sup>
	Secundarios	25,3% (R.C.= -0,3)	32,9% (R.C.= 1,3)	21,1% (R.C.= -1,4)	28,7% (R.C.= 0,5)	
	Universitarios	1,1% (R.C.= -0,4)	0% (R.C.= -1,1)	1,1% (R.C.= -0,3)	3,4% (R.C.= 1,8)	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Solteros	76,8% (R.C.= 0,1)	85,7% (R.C.= 2)	72,2% (R.C.= -1,1)	73,6% (R.C.= -0,8)	6,03 <sup>a</sup>
	Casados	20% (R.C.= 0,3)	12,9% (R.C.= -1,5)	21,1% (R.C.= 0,6)	20,7% (R.C.= 0,5)	
	Separados	3,2% (R.C.= -0,7)	1,4% (R.C.= 11,2)	6,7% (R.C.= 1,2)	5,7% (R.C.= 0,7)	
<b>LUGAR</b>	Almería	74,7% (R.C.= 7,8)	100% (R.C.= 11,2)	0% (R.C.= -9,3)	0% (R.C.= -9)	<b>267,97***<sup>b</sup></b>
	Ronda	25,3% (R.C.= -7,8)	0% (R.C.= -11,2)	100% (R.C.= 9,3)	100% (R.C.= 9)	
<b>GÉNERO</b>	Hombre	91,6% (R.C.= 0,1)	88,6% (R.C.= -0,9)	90% (R.C.= -0,5)	94,3% (R.C.= 1,2)	1,80 <sup>b</sup>
	Mujer	8,4% (R.C.= -0,1)	11,4% (R.C.= 0,9)	10% (R.C.= 0,5)	5,7% (R.C.= -1,2)	

Nota: Los datos de las variables edad y antigüedad corresponden a la media y entre paréntesis la desviación típica; en el resto de variables los datos se refieren a porcentajes y entre paréntesis el valor de los residuos corregidos; <sup>a</sup> *grados de libertad* = 6; <sup>b</sup> *grados de libertad* = 3; R. C. = Residuos corregidos; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

## 6.2. Utilidad diagnóstica del SIMS en la detección de simulación de psicopatología

La Tabla 6.2 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas del *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith y Burger, 1997; Widows y Smith, 2005; González Ordi y Santamaría, 2009), así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: Total ( $F_{(3,336)} = 112,09, p < ,001$ ), psicosis ( $F_{(3,336)} = 51,48, p < ,001$ ), deterioro neurológico ( $F_{(3,336)} = 86,91, p < ,001$ ), trastornos amnésicos ( $F_{(3,336)} = 83,15, p < ,001$ ), baja inteligencia ( $F_{(3,336)} = 31,78, p < ,001$ ) y trastornos afectivos ( $F_{(3,336)} = 162,02, p < ,001$ ).

El grupo control presentó una media estadísticamente más baja en todas las escalas del SIMS, en comparación con los otros tres grupos de participantes. El grupo general presentó una media estadísticamente superior a las obtenidas por el grupo ansiedad en las escalas total, psicosis, trastornos amnésicos y baja inteligencia y una media estadísticamente inferior en comparación con el grupo de depresión en trastornos afectivos. Por último, el grupo depresión presenta puntuaciones estadísticamente superiores al grupo ansiedad en las 6 escalas analizadas (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.2).

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,22 en baja inteligencia hasta 0,59 en trastornos afectivos (véase Tabla 6.2). Los tamaños del efecto medidos con la *d* de Cohen entre los grupos análogos y el grupo control oscilaron entre 1.34 y 6.31 (véase Tabla 6.2).

**Tabla 6.2. Medias de los grupos de participantes en el SIMS y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{\text{parcial}}$	Bonfe- rroni	<i>d</i>
Total	5,69 ± 3,12	35,34 ± 13,98	39,51 ± 7,38	29,07 ± 14,92	<b>112,09***/ 0,50</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2>4* 3>4***	3.17 6.31 2.37
Ps	0,25 ± 0,66	6,95 ± 4,48	7,54 ± 5,33	5,08 ± 5,19	<b>51,48***/ 0,32</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2>4* 3>4**	2.12 1.97 1.41
Dn	0,43 ± 0,71	7,34 ± 3,99	8,81 ± 4,78	6,27 ± 4,12	<b>86,91***/ 0,44</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 3>4***	3.29 2.82 2.12
Am	0,25 ± 0,69	7,47 ± 3,78	8,50 ± 4,93	5,73 ± 4,35	<b>83,15***/ 0,43</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2>4* 3>4***	3.29 2.82 1.76
Bi	2,11 ± 1,41	5,45 ± 2,38	5,19 ± 3,34	3,68 ± 2,55	<b>31,78***/ 0,22</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2>4*** 3>4***	1.89 1.34 0.63
Af	2,64 ± 1,26	8,12 ± 2,59	9,47 ± 2,28	8,30 ± 2,76	<b>162,02***/ 0,59</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3** 3>4**	3.79 4.42 3.79

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;  
 $\eta^2_{\text{parcial}}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

### 6.3. Utilidad del PAI en la detección de simulación de psicopatología

#### 6.3.1. Utilidad de las escalas de validez y las escalas específicas de exageración de síntomas del PAI en la detección de simulación de psicopatología

La Tabla 6.3 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas de validez y las de detección de simulación del *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991, 2007; Ortiz-Tallo et al., 2011), así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: Inconsistencia ( $F_{(3,336)} = 11,69$ ,  $p < ,001$ ), Infrecuencia ( $F_{(3,336)} = 25,18$ ,  $p < ,001$ ), Impresión positiva ( $F_{(3,336)} = 85,45$ ,  $p < ,001$ ), Impresión negativa ( $F_{(3,336)} = 134,44$ ,  $p < ,001$ ), Simulación ( $F_{(3,336)} = 82,97$ ,  $p < ,001$ ) y Función discriminante de Rogers ( $F_{(3,336)} = 82,97$ ,  $p < ,001$ ).

El grupo control presentó una media estadísticamente más baja en todas las escalas de validez y específicas de detección de simulación del PAI, en comparación con los otros tres grupos de participantes. El grupo general presentó una media estadísticamente superior a la obtenida por el grupo de depresión en la escala IMP e inferior a la obtenida, también, por el grupo de depresión en las escalas IMN, SIM y FDR. Además, el grupo general presentó una media estadísticamente superior al grupo de ansiedad en la escala INF. Por último, el grupo depresión presentó puntuaciones estadísticamente superiores al grupo ansiedad en las escalas IMN, SIM y FDR (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.3).

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,10 en INC hasta 0,55 en IMN (véase Tabla 6.3). Los tamaños del efecto medidos con la *d* de Cohen entre los grupos análogos y el grupo control oscilaron entre 1.41 y 4.24 (véase Tabla 6.3).

**Tabla 6.3. Medias de los grupos de participantes en las escalas de validez y en las escalas específicas de exageración de síntomas del PAI y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{\text{parcial}}$	Bonfe- rroni	<i>d</i>
INC	6,07 ± 3,83	9,45 ± 3,36	8,44 ± 4,30	8,07 ± 3,36	<b>11,69***/ 0,10</b>	1<2*** 1<3*** 1<4**	
INF	3,97 ± 2,59	8,85 ± 3,93	8,18 ± 5,28	6,92 ± 3,65	<b>25,18***/ 0,18</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2>4*	
IMP	19,57 ± 4,41	11,87 ± 5,30	9,83 ± 4,23	10,21 ± 4,71	<b>85,45***/ 0,43</b>	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*	
IMN	0,90 ± 1,30	12,76 ± 6,12	15,38 ± 6,44	12,18 ± 5,76	<b>134,44***/ 0,55</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3* 3>4***	2.78 3.48 3.32
SIM	0,79 ± 0,69	3,75 ± 1,20	4,46 ± 1,81	3,68 ± 2,23	<b>82,97***/ 0,43</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3* 3>4*	4.24 5.65 2.12
FDR	-0,83 ± 0,85	1,07 ± 1,15	1,57 ± 1,30	0,86 ± 1,36	<b>69,25***/ 0,38</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3* 3>4***	1.41 1.41 1.41

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;

$\eta^2_{\text{parcial}}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

### 6.3.2. Utilidad de las escalas de clínicas del PAI en la detección de simulación de psicopatología

La Tabla 6.4 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas clínicas del PAI, así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: SOM ( $F_{(3,336)} = 133,55, p < ,001$ ), ANS ( $F_{(3,336)} = 241,29, p < ,001$ ), TRA ( $F_{(3,336)} = 166,99, p < ,001$ ), DEP ( $F_{(3,336)} = 229,92, p < ,001$ ), MAN ( $F_{(3,336)} = 40,66, p < ,001$ ), PAR ( $F_{(3,336)} = 69,25, p < ,001$ ), ESQ ( $F_{(3,336)} = 167,51, p < ,001$ ), LIM ( $F_{(3,336)} = 216,85, p < ,001$ ), ANT ( $F_{(3,336)} = 55,56, p < ,001$ ), ALC ( $F_{(3,336)} = 77,89, p < ,001$ ) y DRG ( $F_{(3,336)} = 74,12, p < ,001$ ).

El grupo control presentó una media estadísticamente más baja en todas las escalas de clínicas del PAI, en comparación con los otros tres grupos de participantes. El grupo general presentó una media estadísticamente superior a la obtenida por el grupo de depresión en la escala ANS y una media estadísticamente inferior al grupo de depresión en las escalas DEP, PAR, ESQ, LIM y ALC. Por su parte, el grupo de depresión presentó una media estadísticamente superior en comparación con el grupo de ansiedad en SOM, DEP, PAR, ESQ, LIM, ALC y DRG (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.4).

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,33 en ANT hasta 0,68 en ANS (véase Tabla 6.4).



**Tabla 6.4. Medias de los grupos de participantes en las escalas clínicas del PAI y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{3,336}/$ $\eta^2_{parcial}$	Bonfe- rroni
SOM	6,72 ± 5,42	37,21 ± 13,71	41,01 ± 14,79	35,35 ± 15,16	133,55***/ 0,54	1<2*** 1<3*** 1<4*** 3>4**
ANS	11,98 ± 5,88	41,02 ± 12,11	47,93 ± 10,89	46,78 ± 11,56	241,29***/ 0,68	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4**
TRA	13,18 ± 7,18	37,90 ± 10,77	41,69 ± 10,05	38,20 ± 10,20	166,99***/ 0,60	1<2*** 1<3*** 1<4***
DEP	9,83 ± 5,97	40,62 ± 11,92	51,78 ± 13,52	43,85 ± 13,14	229,92***/ 0,67	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4***
MAN	18,45 ± 8,87	34,41 ± 10,38	30,40 ± 12,05	33,09 ± 10,75	40,66***/ 0,27	1<2*** 1<3*** 1<4***
PAR	20,86 ± 8,38	45,04 ± 10,38	51,91 ± 11,41	47,65 ± 11,85	69,25***/ 0,38	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4*
ESQ	9,68 ± 6,88	38,56 ± 11,78	43,96 ± 12,61	37,44 ± 12,85	167,51***/ 0,60	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3* 3>4*
LIM	14,20 ± 7,92	40,45 ± 11,50	47,34 ± 9,73	43,31 ± 9,42	216,85***/ 0,66	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4*
ANT	17,82 ± 7,98	37,42 ± 13,04	37,67 ± 13,69	34,61 ± 12,49	55,56***/ 0,33	1<2*** 1<3*** 1<4***
ALC	4,71 ± 4,89	17,82 ± 6,79	21,27 ± 8,62	16,97 ± 9,90	77,89***/ 0,41	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3* 3>4**
DRG	4,77 ± 4,34	18,12 ± 7,99	21,46 ± 8,49	16,60 ± 10,11	74,12***/ 0,40	1<2*** 1<3*** 1<4*** 3>4***

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;

$\eta^2_{parcial}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

### 6.3.3. Utilidad de las escalas relacionadas con el tratamiento e interpersonales del PAI en la detección de simulación de psicopatología

La Tabla 6.5 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas clínicas del PAI, así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: AGR ( $F_{(3,336)} = 67,18, p < ,001$ ), SUI ( $F_{(3,336)} = 129,02, p < ,001$ ), EST ( $F_{(3,336)} = 109,79, p < ,001$ ), FAS ( $F_{(3,336)} = 138,41, p < ,001$ ), RTR ( $F_{(3,336)} = 123,55, p < ,001$ ), DOM ( $F_{(3,336)} = 39,57, p < ,001$ ) y AFA ( $F_{(3,336)} = 84,35, p < ,001$ ).

El grupo control presentó una media estadísticamente más baja en las escalas relacionadas con el tratamiento AGR, SUI, EST y FAS, y estadísticamente más alta en RTR, en comparación con los otros tres grupos de participantes. El grupo control presentó una media estadísticamente más alta en las dos escalas de relaciones interpersonales DOM y AFA, en comparación con los otros tres grupos de participantes.

El grupo general presentó una media estadísticamente superior a la obtenida por el grupo de depresión en las escalas DOM y AFA, y una media estadísticamente inferior al grupo de depresión en las escalas SUI, EST y FAS. Por su parte, el grupo de depresión presentó una media estadísticamente superior en comparación con el grupo de ansiedad en SUI y FAS, y estadísticamente inferior en comparación con este mismo grupo en las escalas DOM y AFA (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.5).

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,26 en DOM hasta 0,55 en FAS (véase Tabla 6.5).

**Tabla 6.5. Medias de los grupos de participantes en las escalas relacionadas con el tratamiento e interpersonales del PAI y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{3,336}/$ $\eta^2_{\text{parcial}}$	Bonfe- rroni
AGR	14,21 ± 6,92	29,49 ± 8,67	30,41 ± 10,87	30,58 ± 9,63	<b>67,18***/ 0,38</b>	1<2*** 1<3*** 1<4***
SUI	1,34 ± 3,00	18,06 ± 8,35	23,70 ± 8,89	16,57 ± 10,05	<b>129,02***/ 0,54</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4***
EST	4,77 ± 3,36	13,73 ± 5,26	15,74 ± 4,86	14,63 ± 4,60	<b>109,79***/ 0,50</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*
FAS	5,08 ± 3,82	14,53 ± 4,04	17,48 ± 4,58	15,02 ± 4,90	<b>138,41***/ 0,55</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4**
RTR	18,81 ± 3,51	10,50 ± 4,17	9,08 ± 4,16	9,05 ± 4,01	<b>123,55***/ 0,53</b>	1>2*** 1>3*** 1>4***
DOM	21,76 ± 4,60	16,69 ± 4,98	13,17 ± 5,96	15,56 ± 6,13	<b>39,57***/ 0,26</b>	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*** 3<4*
AFA	22,52 ± 4,94	14,79 ± 5,37	10,33 ± 6,07	12,63 ± 5,29	<b>84,35***/ 0,43</b>	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*** 3<4*

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;

$\eta^2_{\text{parcial}}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

#### 6.3.4. Utilidad de las subescalas del PAI en la detección de simulación de psicopatología

La Tabla 6.6 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las subescalas del PAI, así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: SOM-C ( $F_{(3,336)} = 100,08$ ,  $p < ,001$ ), SOM-S ( $F_{(3,336)} = 130,75$ ,  $p < ,001$ ), SOM-H ( $F_{(3,336)} = 91,17$ ,  $p < ,001$ ), ANS-C ( $F_{(3,336)} = 152,94$ ,  $p < ,001$ ), ANS-E ( $F_{(3,336)} = 190,74$ ,  $p < ,001$ ), ANS-F ( $F_{(3,336)} = 182,71$ ,  $p < ,001$ ), TRA-O ( $F_{(3,336)} = 36,70$ ,  $p < ,001$ ), TRA-F ( $F_{(3,336)} = 94,36$ ,  $p < ,001$ ), TRA-E ( $F_{(3,336)} = 125,11$ ,

$p < ,001$ ), DEP-C ( $F_{(3,336)} = 161,43$ ,  $p < ,001$ ), DEP-E ( $F_{(3,336)} = 208,93$ ,  $p < ,001$ ), DEP-F ( $F_{(3,336)} = 177,16$ ,  $p < ,001$ ), MAN-A ( $F_{(3,336)} = 71,34$ ,  $p < ,001$ ), MAN-G ( $F_{(3,336)} = 5,02$ ,  $p < ,01$ ), MAN-I ( $F_{(3,336)} = 56,41$ ,  $p < ,001$ ), PAR-H ( $F_{(3,336)} = 73,54$ ,  $p < ,001$ ), PAR-P ( $F_{(3,336)} = 145,69$ ,  $p < ,001$ ), PAR-R ( $F_{(3,336)} = 94,04$ ,  $p < ,001$ ), ESQ-P ( $F_{(3,336)} = 80,99$ ,  $p < ,001$ ), ESQ-S ( $F_{(3,336)} = 124,25$ ,  $p < ,001$ ), ESQ-A ( $F_{(3,336)} = 155,05$ ,  $p < ,001$ ), LIM-I ( $F_{(3,336)} = 114,21$ ,  $p < ,001$ ), LIM-P ( $F_{(3,336)} = 125,55$ ,  $p < ,001$ ), LIM-A ( $F_{(3,336)} = 81,15$ ,  $p < ,001$ ), ANT-A ( $F_{(3,336)} = 34,49$ ,  $p < ,001$ ), ANT-E ( $F_{(3,336)} = 61,65$ ,  $p < ,001$ ), ANT-B ( $F_{(3,336)} = 21,94$ ,  $p < ,001$ ), AGR-A ( $F_{(3,336)} = 61,45$ ,  $p < ,001$ ), AGR-V ( $F_{(3,336)} = 9,45$ ,  $p < ,001$ ) y AGR-F ( $F_{(3,336)} = 87,95$ ,  $p < ,001$ ).

El grupo control presentó una media estadísticamente más baja en todas las subescalas del PAI en comparación con los otros tres grupos de participantes, a excepción de MAN-G, en la que no hubo diferencias con el grupo general, ni con el de ansiedad y, además, su media fue estadísticamente más alta que la del grupo de depresión. El grupo general presentó una media estadísticamente superior a la obtenida por el grupo de depresión en MAN-G y una media estadísticamente inferior a la del grupo de depresión en las subescalas SOM-S, ANS-C, ANS-E, ANS-F, TRA-F, TRA-E, DEP-C, DEP-E, DEP-F, PAR-H, PAR-P, PAR-R, ESQ-S, LIM-E, LIM-I y LIM-P, así como una media estadísticamente inferior a la del grupo de ansiedad en ANC-C y ANS-E. Por último, el grupo de depresión presentó una media estadísticamente superior en comparación con el grupo de ansiedad en SOM-C, SOM-S, TRA-E, DEP-C, DEP-E, DEP-F, PAR-P, ESQ-P, ESQ-S, LIM-I y LIM-P (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.6).

**Tabla 6.6. Medias de los grupos de participantes en las subescalas del PAI y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{parcial}$	Bonfe- rroni
SOM-C	1,20 ± 1,70	12,16 ± 5,88	12,96 ± 5,83	10,79 ± 6,01	<b>100,08***/ 0,47</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 3>4*
SOM-S	2,24 ± 2,35	13,02 ± 4,67	15,06 ± 5,63	12,78 ± 5,65	<b>130,75***/ 0,54</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3* 3>4**
SOM-H	3,28 ± 2,48	12,03 ± 4,90	12,99 ± 4,93	11,78 ± 5,14	<b>91,17***/ 0,45</b>	1<2*** 1<3*** 1<4***
ANS-C	4,95 ± 2,72	13,31 ± 4,02	15,53 ± 3,95	15,44 ± 4,46	<b>152,94***/ 0,58</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3** 2<4**
ANS-E	4,56 ± 2,48	13,79 ± 4,65	16,01 ± 4,18	15,84 ± 3,93	<b>190,74***/ 0,63</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3** 2<4**
ANS-F	2,88 ± 2,11	13,92 ± 5,11	16,40 ± 4,67	15,51 ± 5,19	<b>182,71***/ 0,62</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3**
TRA-O	6,30 ± 3,59	11,92 ± 3,91	11,02 ± 4,30	11,24 ± 3,87	<b>36,70***/ 0,25</b>	1<2*** 1<3*** 1<4***
TRA-F	4,79 ± 3,17	12,34 ± 3,59	14,09 ± 4,71	12,77 ± 4,53	<b>94,36***/ 0,46</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*
TRA-E	2,08 ± 2,88	13,64 ± 6,32	16,59 ± 5,72	14,19 ± 6,54	<b>125,11***/ 0,53</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3** 3>4*
DEP-C	4,39 ± 2,39	14,14 ± 4,53	17,66 ± 4,88	14,92 ± 5,03	<b>161,43***/ 0,59</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4***
DEP-E	2,43 ± 2,24	13,29 ± 4,62	17,58 ± 4,83	14,26 ± 5,04	<b>208,93***/ 0,65</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4***
DEP-F	3,01 ± 2,57	13,18 ± 4,31	16,55 ± 5,03	14,66 ± 4,88	<b>177,16***/ 0,61</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4*
MAN-A	3,73 ± 3,12	11,27 ± 4,07	10,02 ± 4,31	10,83 ± 3,97	<b>71,34***/ 0,39</b>	1<2*** 1<3*** 1<4***
MAN-G	8,73 ± 4,05	9,54 ± 4,10	6,77 ± 5,59	8,09 ± 4,92	<b>5,02**/ 0,40</b>	1>3* 2>3**

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;

$\eta^2_{parcial}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

**Tabla 6.6. Medias de los grupos de participantes en las subescalas del PAI y resultados del ANCOVA sobre dichas medias (*continuación*)**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{\text{parcial}}$	Bonfe- rroni
MAN-I	5,99 ± 3,94	13,60 ± 5,09	13,61 ± 5,35	14,18 ± 5,11	56,41***/ 0,34	1<2*** 1<3*** 1<4***
PAR-H	9,03 ± 3,86	15,09 ± 3,80	16,83 ± 4,30	16,14 ± 3,71	73,54***/ 0,40	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*
PAR-P	3,17 ± 2,36	13,96 ± 4,78	16,79 ± 4,89	13,95 ± 6,12	145,69***/ 0,57	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3** 3>4***
PAR-R	8,65 ± 4,16	15,99 ± 4,34	18,29 ± 4,35	17,56 ± 4,32	94,04***/ 0,46	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4**
ESQ-P	1,81 ± 2,10	11,88 ± 5,39	12,84 ± 6,13	9,82 ± 6,34	80,99***/ 0,42	1<2*** 1<3*** 1<4*** 3>4**
ESQ-S	4,95 ± 3,67	13,42 ± 3,91	16,85 ± 4,86	14,39 ± 4,89	124,25***/ 0,53	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4**
ESQ-A	2,92 ± 2,78	13,25 ± 4,61	14,26 ± 4,22	13,24 ± 4,45	155,05***/ 0,58	1<2*** 1<3*** 1<4***
LIM-E	3,45 ± 2,84	10,47 ± 3,37	12,63 ± 3,08	11,65 ± 3,34	155,15***/ 0,58	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3***
LIM-I	3,61 ± 2,52	9,55 ± 3,74	12,05 ± 3,42	10,76 ± 3,52	114,21***/ 0,51	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4***
LIM-P	4,17 ± 2,73	11,09 ± 3,57	12,76 ± 3,39	11,38 ± 3,30	125,55***/ 0,53	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3** 3>4*
LIM-A	2,96 ± 2,28	9,34 ± 3,58	9,90 ± 4,16	9,52 ± 3,61	81,15***/ 0,42	1<2*** 1<3*** 1<4***
ANT-A	7,25 ± 4,34	13,16 ± 4,77	14,30 ± 5,42	12,57 ± 5,41	34,49***/ 0,24	1<2*** 1<3*** 1<4***
ANT-E	3,74 ± 2,55	11,74 ± 5,53	12,48 ± 5,56	10,91 ± 5,28	61,65***/ 0,36	1<2*** 1<3*** 1<4***
ANT-B	6,84 ± 3,83	12,52 ± 4,93	10,91 ± 5,37	11,13 ± 4,98	21,94***/ 0,16	1<2*** 1<3*** 1<4***

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;

$\eta^2_{\text{parcial}}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

**Tabla 6.6. Medias de los grupos de participantes en las subescalas del PAI y resultados del ANCOVA sobre dichas medias (*continuación*)**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{\text{parcial}}$	Bonfe- rroni
AGR-A	4,49 ± 3,08	10,18 ± 3,74	10,73 ± 4,36	11,18 ± 3,72	<b>61,45***</b> <b>0,35</b>	<b>1&lt;2***</b> <b>1&lt;3***</b> <b>1&lt;4***</b>
AGR-V	7,31 ± 2,89	10,04 ± 2,72	8,96 ± 4,10	9,38 ± 3,77	<b>9,45***</b> <b>0,08</b>	<b>1&lt;2***</b> <b>1&lt;3**</b> <b>1&lt;4***</b>
AGR-F	2,41 ± 2,4	9,26 ± 4,07	10,72 ± 4,70	10,02 ± 3,99	<b>87,95***</b> <b>0,44</b>	<b>1&lt;2***</b> <b>1&lt;3***</b> <b>1&lt;4***</b>

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;

$\eta^2_{\text{parcial}}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,08 en AGR-V hasta 0,65 en DEP-E (véase Tabla 6.6).

## **6.4. Utilidad del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología**

### **6.4.1. Utilidad de las escalas de validez y las escalas específicas de detección de simulación y disimulación del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología**

La Tabla 6.7 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas de validez, incluyendo las específicas de detección de simulación, del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Hathaway y Mckinley, 1942) en su segunda versión reestructurada MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2008; Santamaría, 2009) así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: Interrogante ( $F_{(3,336)} = 5,71, p < ,01$ ), VRIN-r ( $F_{(3,336)} = 26,69, p < ,001$ ), TRIN-r ( $F_{(3,336)} = 8,96, p < ,001$ ), F-r ( $F_{(3,336)} = 163,82, p < ,001$ ), Fp-r ( $F_{(3,336)} = 100,60, p < ,001$ ), Fs ( $F_{(3,336)} = 122,79, p < ,001$ ), FBS-r ( $F_{(3,336)} = 115,14, p < ,001$ ), L-r ( $F_{(3,336)} = 13,27, p < ,001$ ) y K-r ( $F_{(3,336)} = 130,26, p < ,001$ ).

El grupo control presentó una media estadísticamente más baja en todas las escalas de validez y específicas de detección de simulación del MMPI-2-RF, en comparación con los otros tres grupos de participantes, salvo tres excepciones: En la escala Interrogante, no se hallaron diferencias significativas ni con la media del grupo de depresión, ni con la media del grupo de ansiedad; En la escala L-r, obtuvo una media significativamente más alta que el grupo de depresión y que el grupo de ansiedad; Y en K-r, su media fue significativamente superior a la de los otros tres grupos.

El grupo general presentó una media estadísticamente superior a la obtenida por el grupo de depresión en las escalas VRIN-r, L-r y K-r e inferior a la obtenida, también, por el grupo de depresión, en las escalas F-r, Fs y FBS-r. Por último, el grupo depresión presentó puntuaciones estadísticamente superiores al grupo ansiedad en las escalas F-r y Fp-r (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.7).



En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,05 en Interrogante hasta 0,59 en F-r (véase Tabla 6.7). Los tamaños del efecto medidos con la *d de Cohen* entre los grupos análogos y el grupo control oscilaron entre 2.10 y 4.02 (véase Tabla 6.7).

**Tabla 6.7. Medias de los grupos de participantes en las escalas de validez y específicas de detección de simulación y disimulación del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{parcial}$	Bonfe- rroni	<i>d</i>
?	0,71 ± 3,52	4,58 ± 12,73	1,94 ± 6,94	0,28 ± 0,99	<b>5,71**/</b> <b>0,05</b>	1<2** 2>4**	
VRIN-r	4,43 ± 3,42	9,98 ± 4,33	6,50 ± 4,67	5,97 ± 3,57	<b>26,69***/</b> <b>0,19</b>	1<2*** 1<3** 2>3*** 2>4***	
TRIN-r	10,70 ± 1,56	12,69 ± 3,85	12,14 ± 2,30	12,0 ± 2,37	<b>8,96***/</b> <b>0,07</b>	1<2*** 1<3** 1<4**	
F-r	2,57 ± 3,12	16,05 ± 6,28	20,95 ± 6,42	18,07 ± 7,51	<b>163,82***/</b> <b>0,59</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4**	<b>2.95</b> <b>3.79</b> <b>2.97</b>
Fp-r	1,46 ± 2,22	9,91 ± 4,33	11,58 ± 4,71	9,47 ± 5,22	<b>100,60***/</b> <b>0,47</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 3>4**	<b>2.52</b> <b>3.16</b> <b>2.10</b>
Fs	0,86 ± 1,71	7,72 ± 3,08	9,31 ± 3,78	8,42 ± 4,07	<b>122,79***/</b> <b>0,52</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*	<b>3.13</b> <b>4.02</b> <b>2.74</b>
FBS-r	6,26 ± 2,83	14,22 ± 3,83	17,15 ± 4,97	16,85 ± 5,66	<b>115,14***/</b> <b>0,51</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4**	<b>3.13</b> <b>3.47</b> <b>2.62</b>
L-r	5,66 ± 2,11	5,60 ± 2,15	4,31 ± 2,14	3,99 ± 2,29	<b>13,27***/</b> <b>0,11</b>	1>3*** 1>4*** 2>3** 2>4***	
K-r	9,99 ± 2,56	5,72 ± 2,96	3,32 ± 2,12	3,61 ± 2,54	<b>130,26***/</b> <b>0,54</b>	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*** 2>4***	

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;

$\eta^2_{parcial}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

### 6.4.2. Utilidad de las escalas globales del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología

La Tabla 6.8 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas globales y clínicas reestructuradas del MMPI-2-RF así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: EID ( $F_{(3,336)} = 189,15, p < ,001$ ), THD ( $F_{(3,336)} = 103,93, p < ,001$ ) y BXD ( $F_{(3,336)} = 31,73, p < ,001$ ).

El grupo control presentó una media estadísticamente más baja en todas las escalas globales del MMPI-2-RF, en comparación con los otros tres grupos de participantes. El grupo general presentó una media estadísticamente inferior a la obtenida por el grupo de depresión en las tres escalas y, también, inferior a la obtenida por el grupo de ansiedad en la escala EID. Por último, el grupo depresión presentó una media estadísticamente superior al grupo ansiedad en las escalas THD (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.8).

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños de 0,22 en BXD, 0,48 en THD y 0,63 en EID (véase Tabla 6.8).

**Tabla 6.8. Medias de los grupos de participantes en las escalas globales del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{parcial}$	Bonfe- rroni
EID	7,06 ± 5,75	21,59 ± 6,79	30,14 ± 7,59	28,47 ± 8,44	<b>189,15***/ 0,63</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4***
THD	1,81 ± 2,61	13,01 ± 5,34	15,80 ± 6,53	13,13 ± 7,39	<b>103,93***/ 0,48</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3* 3>4*
BXD	7,93 ± 3,99	11,69 ± 4,32	14,02 ± 4,74	13,30 ± 5,09	<b>31,73***/ 0,22</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3**

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;  
 $\eta^2_{parcial}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

### 6.4.3. Utilidad de las escalas clínicas reestructuradas del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología

La Tabla 6.9 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas clínicas reestructuradas del MMPI-2-RF así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: RCd ( $F_{(3,336)} = 180,30, p < ,01$ ), RC1 ( $F_{(3,336)} = 103,22, p < ,001$ ), RC2 ( $F_{(3,336)} = 93,35, p < ,001$ ), RC3 ( $F_{(3,336)} = 47,41, p < ,001$ ), RC4 ( $F_{(3,336)} = 78,98, p < ,001$ ), RC6 ( $F_{(3,336)} = 108,63, p < ,001$ ), RC7 ( $F_{(3,336)} = 157,03, p < ,001$ ), RC8 ( $F_{(3,336)} = 109,67, p < ,001$ ) y RC9 ( $F_{(3,336)} = 18,42, p < ,001$ ).

El grupo general presentó una media estadísticamente más baja en todas las escalas clínicas reestructuradas, excepto en la escala RC9, en comparación con el grupo de depresión. El grupo general, en comparación con el grupo de ansiedad, presentó una media estadísticamente más baja en las escalas RCd, RC1, RC2, RC3 y RC7. Finalmente, el grupo de depresión tuvo una media estadísticamente superior al grupo de ansiedad en RC4 y RC6 (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.9).

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,14 en RC9 hasta 0,62 en RCd (véase Tabla 6.9).

**Tabla 6.9. Medias de los grupos de participantes en las escalas clínicas reestructuradas del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{\text{parcial}}$	Bonfe- rroni
RCd	3,37 ± 3,77	12,90 ± 5,06	18,41 ± 4,56	17,50 ± 5,83	<b>180,30***/ 0,62</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4***
RC1	3,37 ± 2,93	13,37 ± 4,99	16,74 ± 6,77	15,89 ± 7,12	<b>103,22***/ 0,48</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3** 2<4*
RC2	3,66 ± 2,38	8,68 ± 3,35	12,23 ± 4,29	11,17 ± 4,56	<b>93,35***/ 0,46</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4***
RC3	6,52 ± 3,83	8,59 ± 3,39	11,71 ± 2,86	11,36 ± 3,18	<b>47,41***/ 0,30</b>	1<2** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4***
RC4	4,97 ± 3,67	11,07 ± 4,10	14,92 ± 4,62	12,96 ± 5,65	<b>78,98***/ 0,41</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4*
RC6	1,39 ± 1,98	8,30 ± 3,90	11,23 ± 4,09	9,20 ± 5,00	<b>108,63***/ 0,49</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4**
RC7	3,59 ± 3,78	13,07 ± 5,23	16,50 ± 4,19	16,16 ± 4,96	<b>157,03***/ 0,58</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4**
RC8	1,57 ± 2,19	9,42 ± 3,79	11,18 ± 4,32	9,85 ± 4,87	<b>109,67***/ 0,50</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*
RC9	11,40 ± 4,66	14,71 ± 4,52	15,31 ± 4,86	16,45 ± 4,91	<b>18,42***/ 0,14</b>	1<2*** 1<3*** 1<4***

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;

$\eta^2_{\text{parcial}}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

#### **6.4.4. Utilidad de las escalas de problemas específicos (Somáticos/Cognitivos) del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología**

La Tabla 6.10 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas de quejas somáticas y cognitivas del MMPI-2-RF, así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: MLS ( $F_{(3,336)} = 103,58, p < ,01$ ), GIC ( $F_{(3,336)} = 82,47, p < ,001$ ), HPC ( $F_{(3,336)} = 77,61, p < ,001$ ), NUC ( $F_{(3,336)} = 76,46, p < ,001$ ) y COG ( $F_{(3,336)} = 138,05, p < ,001$ ).

El grupo control presentó una media estadísticamente más baja en todas las escalas de quejas somáticas y cognitivas del MMPI-2-RF, en comparación con los otros tres grupos de participantes. El grupo general presentó una media estadísticamente inferior a la obtenida por el grupo de depresión en MLS, GIC, NUC y COG, así como, también, inferior a la obtenida por el grupo de ansiedad en las escalas MLS, GIC y COG (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.10).

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,41 en HPC o NUC hasta 0,55 en COG (véase Tabla 6.10).

**Tabla 6.10. Medias de los grupos de participantes en las escalas de problemas específicos (Somáticos/ Cognitivos) del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{parcial}$	Bonfe- rroni
MLS	1,40 ± 1,41	4,36 ± 4,36	5,90 ± 2,09	5,47 ± 2,19	<b>103,58**/</b> <b>0,48</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4**
GIC	0,13 ± 0,44	2,17 ± 1,57	3,27 ± 1,68	3,00 ± 1,86	<b>82,47***/</b> <b>0,42</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4**
HPC	0,47 ± 0,92	3,28 ± 1,49	3,68 ± 2,07	3,87 ± 2,02	<b>77,61***/</b> <b>0,41</b>	1<2*** 1<3*** 1<4***
NUC	1,10 ± 1,42	4,83 ± 2,13	6,04 ± 2,87	5,51 ± 2,90	<b>76,46***/</b> <b>0,41</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*
COG	0,95 ± 1,61	5,19 ± 2,47	7,21 ± 2,36	6,70 ± 2,62	<b>138,05***/</b> <b>0,55</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4***

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;  
 $\eta^2_{parcial}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

#### **6.4.5. Utilidad de las escalas de problemas específicos (Internalización) del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología**

La Tabla 6.11 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas de problemas específicos (Internalización) del MMPI-2-RF, así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: SUI ( $F_{(3,336)} = 98,32, p < ,01$ ), HLP ( $F_{(3,336)} = 73,33, p < ,001$ ), SFD ( $F_{(3,336)} = 96,44, p < ,001$ ), NFC ( $F_{(3,336)} = 85,11, p < ,001$ ), STW ( $F_{(3,336)} = 53,99, p < ,01$ ), AXY ( $F_{(3,336)} = 112,14, p < ,001$ ), ANP ( $F_{(3,336)} = 92,43, p < ,001$ ), BRF ( $F_{(3,336)} = 52,28, p < ,001$ ) y MSF ( $F_{(3,336)} = 41,74, p < ,001$ ).

El grupo control presentó una media estadísticamente más baja en todas las escalas de quejas somáticas y cognitivas del MMPI-2-RF, en comparación con los otros tres grupos de participantes. El grupo general presentó una media estadísticamente inferior a la obtenida por el grupo de depresión en todas las escalas excepto en BRF y MSF, así como, también, inferior a la obtenida por el grupo de ansiedad en todas las escalas, salvo, en SUI, AXY, BRF y MSF. El grupo general obtuvo una media estadísticamente superior al grupo de ansiedad en MSF. Finalmente, el grupo de depresión obtuvo una media estadísticamente superior al grupo de ansiedad en las escalas SUI y MSF (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.11).

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,27 en MSF hasta 0,50 en AXY (véase Tabla 6.11).

**Tabla 6.11. Medias de los grupos de participantes en las escalas de problemas específicos (Internalización) del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{\text{parcial}}$	Bonfe- rroni
SUI	0,21 ± 0,61	2,43 ± 1,46	3,79 ± 1,46	2,69 ± 1,97	<b>98,32***/ 0,47</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4***
HLP	1,22 ± 1,13	2,49 ± 1,34	3,72 ± 1,28	3,48 ± 1,26	<b>73,33***/ 0,40</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4***
SFD	0,55 ± 0,90	2,13 ± 1,24	3,17 ± 1,03	2,83 ± 1,30	<b>96,44***/ 0,46</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4**
NFC	1,95 ± 1,80	5,06 ± 2,42	6,59 ± 2,07	6,33 ± 2,44	<b>85,11***/ 0,43</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4**
STW	2,25 ± 1,64	3,87 ± 1,56	4,83 ± 1,51	4,87 ± 1,58	<b>53,99***/ 0,33</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3** 2<4**
AXY	0,37 ± 0,73	2,66 ± 1,37	3,57 ± 1,32	3,08 ± 1,52	<b>112,14***/ 0,50</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3***
ANP	1,12 ± 1,45	3,76 ± 1,59	4,48 ± 1,72	4,73 ± 1,70	<b>92,43***/ 0,45</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3* 2<4**
BRF	1,27 ± 1,14	4,26 ± 2,19	4,43 ± 2,08	4,33 ± 2,41	<b>52,28***/ 0,32</b>	1<2*** 1<3*** 1<4***
MSF	1,38 ± 1,53	4,45 ± 1,78	4,39 ± 2,36	3,22 ± 2,37	<b>41,74***/ 0,27</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2>4** 3>4**

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;

$\eta^2_{\text{parcial}}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .



#### **6.4.6. Utilidad de las escalas de problemas específicos (Externalización e Interpersonales) del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología**

La Tabla 6.12 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas de problemas específicos (Externalización e Interpersonales), así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: JCP ( $F_{(3,336)} = 14,70, p < ,01$ ), SUB ( $F_{(3,336)} = 73,98, p < ,001$ ), AGG ( $F_{(3,336)} = 70,11, p < ,001$ ), ACT ( $F_{(3,336)} = 48,19, p < ,001$ ), FML ( $F_{(3,336)} = 126,32, p < ,001$ ), IPP ( $F_{(3,336)} = 36,97, p < ,001$ ), SAV ( $F_{(3,336)} = 70,71, p < ,001$ ), SHY ( $F_{(3,336)} = 94,63, p < ,001$ ) y DSF ( $F_{(3,336)} = 86,16, p < ,001$ ).

El grupo control presentó una media estadísticamente más baja en todas las escalas de problemas específicos (Externalización e Interpersonales), en comparación con los otros tres grupos de participantes.

El grupo general presentó una media estadísticamente inferior a la obtenida por el grupo de depresión en todas las escalas, salvo en JCP y en ACT. También obtuvo una media estadísticamente inferior a la obtenida por el grupo de ansiedad en AGG, FML, SAV y SHY. Por último, el grupo de depresión presentó puntuaciones estadísticamente superiores al grupo de ansiedad en SUB, FML e IPP (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.12).

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,12 en JCP hasta 0,53 en FML (véase Tabla 6.12).

**Tabla 6.12. Medias de los grupos de participantes en las escalas de problemas específicos (Externalización e Interpersonales) del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{parcial}$	Bonfe- roni
JCP	2,32 ± 1,88	3,25 ± 1,68	4,01 ± 1,89	3,79 ± 1,93	<b>14,70**/</b> <b>0,12</b>	1<2* 1<3*** 1<4***
SUB	0,82 ± 1,33	3,12 ± 1,79	4,99 ± 2,05	3,83 ± 2,41	<b>73,98***/</b> <b>0,40</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 3>4***
AGG	2,31 ± 1,85	4,93 ± 2,22	6,19 ± 2,06	6,04 ± 2,00	<b>70,11***/</b> <b>0,39</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3** 2<4**
ACT	1,75 ± 1,72	4,06 ± 1,62	4,32 ± 1,68	4,42 ± 1,82	<b>48,19***/</b> <b>0,30</b>	1<2*** 1<3*** 1<4***
FML	1,07 ± 1,53	5,05 ± 2,39	7,37 ± 2,42	6,25 ± 2,75	<b>126,32***/</b> <b>0,53</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4** 3>4**
IPP	2,05 ± 2,19	4,37 ± 2,19	5,75 ± 2,75	4,66 ± 2,83	<b>36,97***/</b> <b>0,25</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3** 3>4*
SAV	2,22 ± 2,08	5,01 ± 2,44	7,12 ± 2,66	6,66 ± 2,73	<b>70,71***/</b> <b>0,39</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4***
SHY	1,09 ± 1,41	3,57 ± 1,67	4,93 ± 1,76	4,69 ± 1,98	<b>94,63***/</b> <b>0,46</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3*** 2<4***
DSF	0,59 ± 1,06	2,83 ± 1,54	3,92 ± 1,53	3,34 ± 1,77	<b>86,16***/</b> <b>0,44</b>	1<2*** 1<3*** 1<4*** 2<3***

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;

$\eta^2_{parcial}$  = eta cuadrado parcial; \* $p < ,05$  \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$ .

#### **6.4.7. Utilidad de las escalas de Intereses y Personalidad patológica del MMPI-2-RF en la detección de simulación de psicopatología**

La Tabla 6.13 muestra los resultados del ANCOVA (controlando las variables edad y antigüedad) sobre las escalas de Intereses y Personalidad patológica, así como las medias en dichas escalas de cada uno de los 4 grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas analizadas: AES ( $F_{(3,336)} = 8,81, p < ,01$ ), MEC ( $F_{(3,336)} = 5,32, p < ,001$ ), AGGR-r ( $F_{(3,336)} = 8,08, p < ,001$ ), PSYC-r ( $F_{(3,336)} = 107,20, p < ,001$ ), DISC-r ( $F_{(3,336)} = 6,11, p < ,001$ ), NEGE-r ( $F_{(3,336)} = 98,71, p < ,001$ ) y INTR-r ( $F_{(3,336)} = 50,07, p < ,001$ ).

En comparación con el grupo general, el grupo control presentó una media estadísticamente más baja en las escalas AES, PSYC-r, NEGE-r e INTR-r. También presentó una media significativamente menor que el grupo de depresión en AES, PSYC-r, DISC-r, NEGE-r e INTR-R y que el grupo de ansiedad en PSYC-r, DISC-r, NEGE-r e INTR-R. Por otra parte, el grupo control presentó una media significativamente más alta que el grupo de depresión y el de ansiedad en MEC, y que el grupo general y el de depresión en AGGR-r.

El grupo general presentó una media estadísticamente superior a la obtenida por el grupo de ansiedad en MEC, una media estadísticamente inferior a la que obtuvo el grupo de depresión en PSYC-r, NEGE-r e INTR-r, y una media estadísticamente inferior a la que obtuvo el grupo de ansiedad en NEGE-r e INTR-r. Finalmente, el grupo de depresión presentó una media estadísticamente superior al grupo de ansiedad en PSYC-r (véase comparaciones post-hoc Bonferroni de la Tabla 6.13).

En cuanto a los resultados del tamaño del efecto (*eta cuadrado parcial*) de las diferencias encontradas, se han hallado tamaños del efecto que van desde 0,05 en MEC o DISC-r hasta 0,49 en PSYC-r (véase Tabla 6.13).

**Tabla 6.13. Medias de los grupos de participantes en las escalas de Intereses y Personalidad patológica del MMPI-2-RF y resultados del ANCOVA sobre dichas medias**

	Control (n= 95) 1	General (n= 70) 2	Depresión (n= 90) 3	Ansiedad (n= 87) 4	$F_{(3,336)}/$ $\eta^2_{parcial}$	Bonfe- rroni
AES	1,35 ± 1,35	2,65 ± 1,44	2,18 ± 1,82	1,98 ± 1,83	<b>8,81***/ 0,07</b>	<b>1&lt;2*** 1&lt;3** 1&gt;3*</b>
MEC	4,45 ± 1,86	4,33 ± 2,02	3,55 ± 2,32	3,42 ± 2,19	<b>5,32**/ 0,05</b>	<b>1&gt;4** 2&gt;4*</b>
AGGR-r	11,64 ± 2,74	10,08 ± 3,03	9,18 ± 3,61	10,35 ± 3,96	<b>8,08***/ 0,07</b>	<b>1&gt;2** 1&gt;3***</b>
PSYC-r	1,74 ± 2,65	12,80 ± 5,56	16,03 ± 6,34	13,01 ± 7,34	<b>107,20***/ 0,49</b>	<b>1&lt;2*** 1&lt;3*** 1&lt;4*** 2&lt;3** 3&gt;4**</b>
DISC-r	8,99 ± 3,54	10,05 ± 3,23	11,14 ± 3,76	10,84 ± 4,03	<b>6,11***/ 0,05</b>	<b>1&lt;3** 1&lt;4**</b>
NEGE-r	5,20 ± 3,60	10,35 ± 3,59	12,72 ± 3,28	13,21 ± 3,46	<b>98,71***/ 0,47</b>	<b>1&lt;2*** 1&lt;3*** 1&lt;4*** 2&lt;3*** 2&lt;4***</b>
INTR-r	6,25 ± 3,00	10,15 ± 3,82	13,56 ± 5,07	12,58 ± 5,13	<b>50,07***/ 0,31</b>	<b>1&lt;2*** 1&lt;3*** 1&lt;4*** 2&lt;3*** 2&lt;4**</b>

Nota. Los datos de las 4 primeras columnas corresponden a la media ± desviación típica;  
 $\eta^2_{parcial}$  = eta cuadrado parcial; \* $p<,05$  \*\* $p<,01$  \*\*\* $p<,001$ .



## **Capítulo 7**

### **Discusión y conclusiones**



### **7.1. Comentario general**

Las pruebas más empleadas en psicología forense son el MMPI en sus distintas versiones y el PAI (Archer, Buffington-Vollum, Stredny y Handel, 2006). Según Lally (2003), además, son las más recomendadas para evaluar simulación y según Rogers (2008d) y Rogers et al. (2009) son las pruebas con más evidencias positivas para la detección de simulación, recogidas en la comunidad científica. Como se ha comentado en capítulos anteriores, el SIMS acumula no pocos estudios a su favor.

Estas tres pruebas, también han demostrado evidencias favorables en muestras militares. En concreto, distintas escalas del PAI sirvieron para diferenciar entre grupos de veteranos y militares diagnosticados y grupos de análogos entrenados en trastornos mentales (p.ej. Liljequist, 1997; Liljequist, Kinder y Schinka, 1998), así como grupos de análogos no expertos, ni entrenados (p.ej. Calhoun et al., 2000; Silgo y Robles, 2010).

Igualmente, diferentes escalas del MMPI discriminaron adecuadamente en distintos tipos de muestras militares: Entre grupos de honestos y análogos expertos (Gough, 1947); entre veteranos con diagnóstico de TEPT y análogos no expertos (Fairbank, McCaffrey y Keane, 1985) o análogos expertos en TEPT (Fairbank, McCaffrey y Keane, 1985; Elhai et al., 2000); entre una muestra clínica no psicótica, su correspondiente grupo de análogos no expertos y un grupo control (Wallace, 1995); entre distintas muestras clínicas donde una era sospechosa de simular (Viglione, Fals-Stewart y Moxham, 1995) o donde a una se le pide que exagere (Arbisi, Ben-Porath y McNulty; 2006); entre una muestra clínica sospechosa y una no sospechosa (Jones, Ingram y Ben-Porath, 2012); o entre un grupo veteranos honestos, otro de veteranos análogo y un tercer grupo de análogos entrenados en TEPT (Goodwin, Sellbom y Arbisi, 2013).

El SIMS también ha diferenciado correctamente entre un muestra clínica de otra análoga no experta, ni entrenada, ambas militares (Zimmermann et al., 2013).



En general, se puede afirmar que los resultados recogidos en este estudio confirman lo publicado por distintos autores. No obstante, a continuación se comentarán y analizarán los resultados en profundidad.

## **7.2. Comentarios al estudio sobre el SIMS**

- 1) Se cumple la primera hipótesis general, es decir, los tres grupos de análogos han obtenido puntuaciones por encima de las señaladas por el manual de la prueba en todas las escalas, mientras que, el grupo control puntuó por debajo de dichos puntos críticos en todas las escalas.
- 2) La segunda hipótesis se cumple en su totalidad. La media del grupo control es significativamente inferior a las de los otros tres grupos.
- 3) La tercera hipótesis se cumple parcialmente. El grupo general quedó por debajo del grupo de depresión en todas las escalas salvo en Bi, mientras que el grupo general quedó por encima del grupo de ansiedad en todas las escalas, salvo en Af. Sin embargo, algunas de estas diferencias no fueron significativas. Por ejemplo, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo general y el de depresión en ninguna escala, salvo en Af.
- 4) La cuarta hipótesis se cumple, pues se encontraron diferencias significativas en la escala Total entre el grupo control y los otros tres grupos.
- 5) La quinta hipótesis no se ha cumplido en su totalidad, pues se registraron diferencias significativas en la escala Total entre el grupo general y de ansiedad y entre el grupo de depresión y ansiedad. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo general y el de depresión.
- 6) La sexta hipótesis se cumple en su totalidad, ya que hubo diferencias estadísticas significativas entre el grupo control y los otros tres grupos en la escala Ps.
- 7) La séptima hipótesis se cumple en su totalidad, ya que hubo diferencias estadísticas significativas entre el grupo control y los otros tres grupos en la escala Af.

8) La octava hipótesis se cumple, pues se registraron diferencias significativas en Af (Trastornos afectivos) entre el grupo general y el de depresión y entre el de depresión y el de ansiedad. Siendo la media del grupo de depresión estadísticamente superior a estos dos grupos.

9) La novena hipótesis se cumple en su totalidad, pues el mayor tamaño del efecto la obtuvo Af (0,59), seguida de Total (0,50).

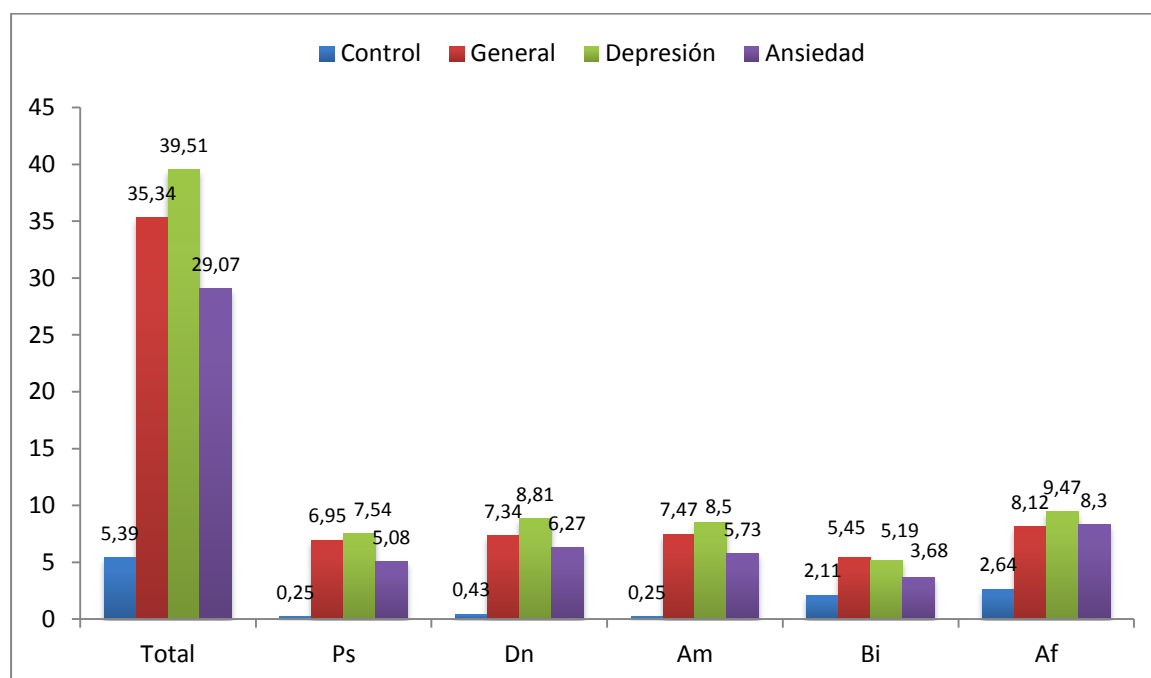
10) Los tamaños del efecto de todas las escalas fueron grandes, quedando ordenados de este modo: Af (0,59), Total (0,50), Dn (0,44), Am (0,43), Ps (0,32) y Bi (0,22).

11) En general, se aprecia cierto patrón entre los grupos (ver Gráfico 7.1):

- El grupo general y de depresión exageran de manera similar en todas las escalas, pues no se dan diferencias significativas entre ellos, excepto en Af.

### Gráfico 7.1

**Comparación entre puntuaciones medias de cada condición experimental en las escalas del SIMS**

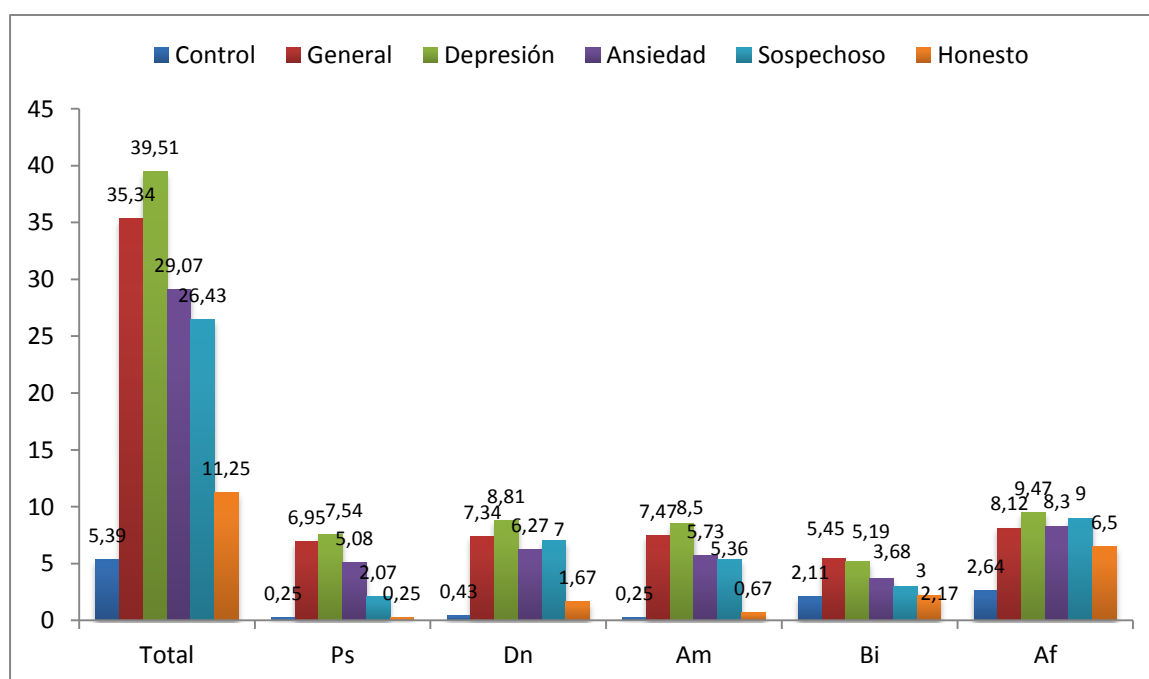


- El grupo general y de ansiedad exageran de manera similar en las escalas Dn y Af, pero en el resto de escalas el grupo general exageró significativamente por encima al grupo de ansiedad.
- El grupo de depresión exageró significativamente más que el grupo de ansiedad en todas las escalas.

12) Comparando los resultados obtenidos en este estudio con los de Blasco y Pallardó (2013) en una muestra clínica –honesta y sospechosa-, se observan semejanzas entre el comportamiento de los grupos de análogos y la muestra sospechosa de exagerar con diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo remitidos por mutuas de trabajo para tratamiento psicológico (Ver Gráfico 7.2). También se incluye la muestra clínica honesta diagnosticada de trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo del estudio de Blasco y Pallardó (2013) por que los tamaños del efecto de todos estos grupos se reflejan en el Gráfico 7.3.

### Gráfico 7.2

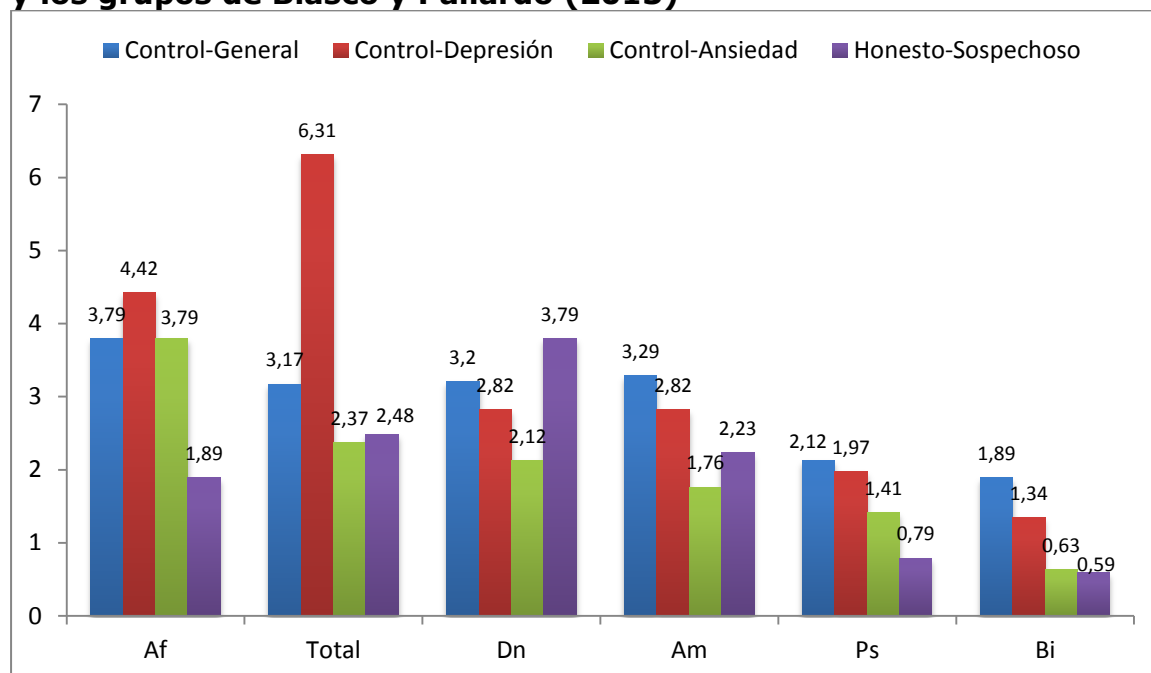
**Comparación entre puntuaciones medias de cada condición experimental en las escalas del SIMS y la muestra clínica -honesta y sospechosa de simular- del estudio de Blasco y Pallardó (2013)**



13) Las *d* de Cohen de la presente investigación, al igual que la de Blasco Pallardó (013), muestran que las escalas del SIMS que obtienen grandes tamaños del efecto en todas las comparaciones son Af, Total, Dn y Am. Sin embargo, Ps reduce el tamaño del efecto a grande para el grupo control y el de análogos de ansiedad y a moderado para los grupos de la muestra clínica -honesta y sospechosa-. Mientras que Bi reduce ambas *ds* a moderadas.

### Gráfico 7.3

**Resumen de *d* de Cohen entre los grupos de la presente investigación y los grupos de Blasco y Pallardó (2013)**



### 7.3. Comentarios al estudio sobre el PAI

1) Se cumple la primera hipótesis general, es decir, el grupo control registró puntuaciones directas por debajo de los demás grupos en todas las escalas, a excepción de las escalas IMP, RTR, DOM y AFA, en las que puntuó por encima de ellos. Estas diferencias son significativas en todas las escalas.

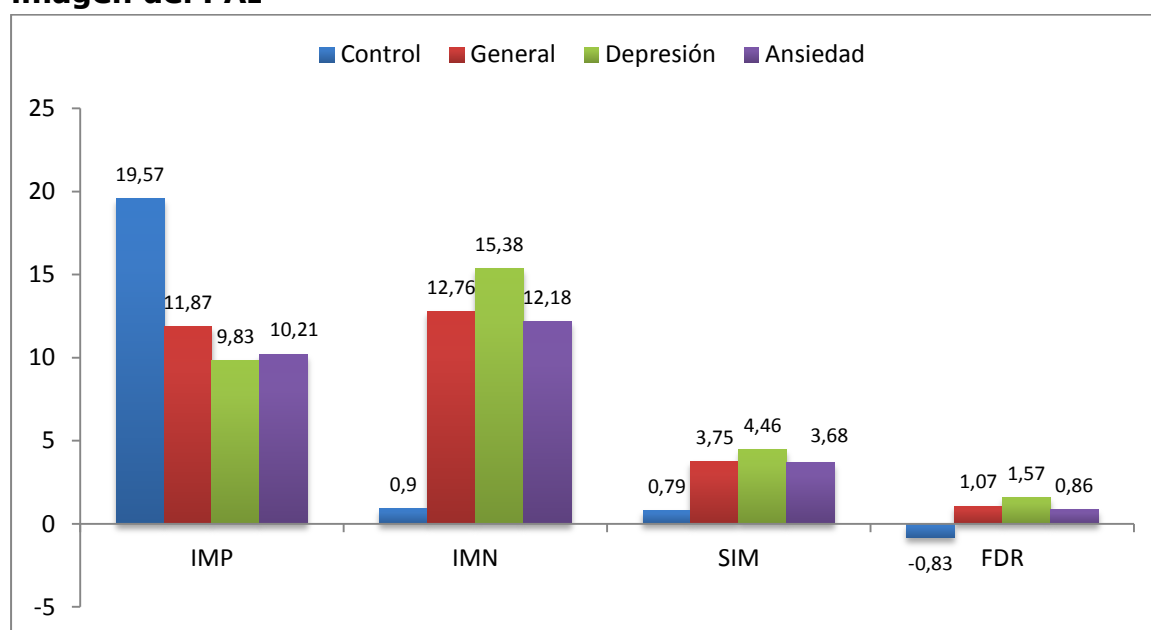
2) La segunda hipótesis general no se confirmó. El grupo general obtuvo puntuaciones significativamente menores que el de depresión en IMN, SIM y FDR. Además, no hubo diferencias significativas entre el grupo general y el de ansiedad.

- 3) Se cumple la tercera hipótesis. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y los tres grupos de análogos en la escala IMN.
- 4) La cuarta hipótesis se cumple parcialmente. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo general y el de ansiedad en IMN. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo general y el de depresión y entre el grupo de depresión y el de ansiedad en la escala IMN.
- 5) Se cumple la quinta hipótesis. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y los tres grupos de análogos en la escala SIM.
- 6) La sexta hipótesis se cumple parcialmente. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo general y el de ansiedad en SIM. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo general y el de depresión y entre el grupo de depresión y el de ansiedad en la escala SIM.
- 7) Se cumple la séptima hipótesis. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y los tres grupos de análogos en la escala FDR.
- 8) La octava hipótesis se cumple parcialmente. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo general y el de ansiedad en FDR. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo general y el de depresión y entre el grupo de depresión y el de ansiedad en la escala FDR.
- 9) La novena hipótesis se cumple, pues el mayor tamaño del efecto lo registró IMN (0,55).
- 10) La escala IMP obtuvo un tamaño del efecto igual a la escala SIM (0,43) y mayor a la escala FDR (0,38).
- 11) La escala de validez INF obtuvo un tamaño del efecto grande (0,18) e INC medio (0,10).
- 12) Las escalas de específicas de detección de simulación del PAI obtuvieron tamaños del efecto grandes, quedando ordenadas de este modo: IMN (0,55), SIM (0,43) y de FDR (0,38).
- 13) En general, se aprecia cierto patrón en las escalas de detección de simulación entre los grupos (ver gráfico 7.4):

- El grupo general y el grupo de ansiedad simulan de manera similar según las escalas de detección de simulación del PAI, pues no se encontraron diferencias significativas entre ellos.
- El grupo de depresión obtuvo puntuaciones significativamente superiores en comparación tanto con el grupo de ansiedad como con el grupo general en las escalas específicas de detección de simulación.

#### Gráfico 7.4

**Comparación entre puntuaciones medias de cada condición experimental en las escalas de mala imagen y en la escala de buena imagen del PAI**



14) El grupo control obtuvo puntuaciones significativamente más bajas en todas las escalas clínicas del PAI en comparación con los otros tres grupos.

15) Todas las escalas clínicas del PAI obtuvieron tamaños del efecto grandes, quedando ordenadas así: ANS (0,68), DEP (0,67), LIM (0,66), TRA (0,60) y ESQ (0,60), SOM (0,54), ALC (0,41), DRG (0,40), PAR (0,38), ANT (0,33), MAN (0,27).

16) En cuanto a las escalas relacionadas con el tratamiento e interpersonales del PAI, los tres grupos de análogos se comportaron igual en la escala AGR, pues no hay diferencias significativas entre ellos. Además, el grupo que más

exageró en SUI y en FAS fue el de depresión, seguido del general y, por último del de ansiedad.

17) Los tamaños del efecto para las escalas relacionadas con el tratamiento e interpersonales del PAI, fueron grandes, quedando ordenadas así: FAS (0,55), SUI (0,54), RTR (0,53), EST (0,50), AFA (0,43), AGR (0,38) y DOM (0,26).

18) El grupo control obtuvo puntuaciones significativamente más bajas en todas las subescalas clínicas en comparación con los otros tres grupos, salvo en MAN-G, en la que esta puntuación fue significativamente mayor en el grupo control en comparación con el grupo de depresión.

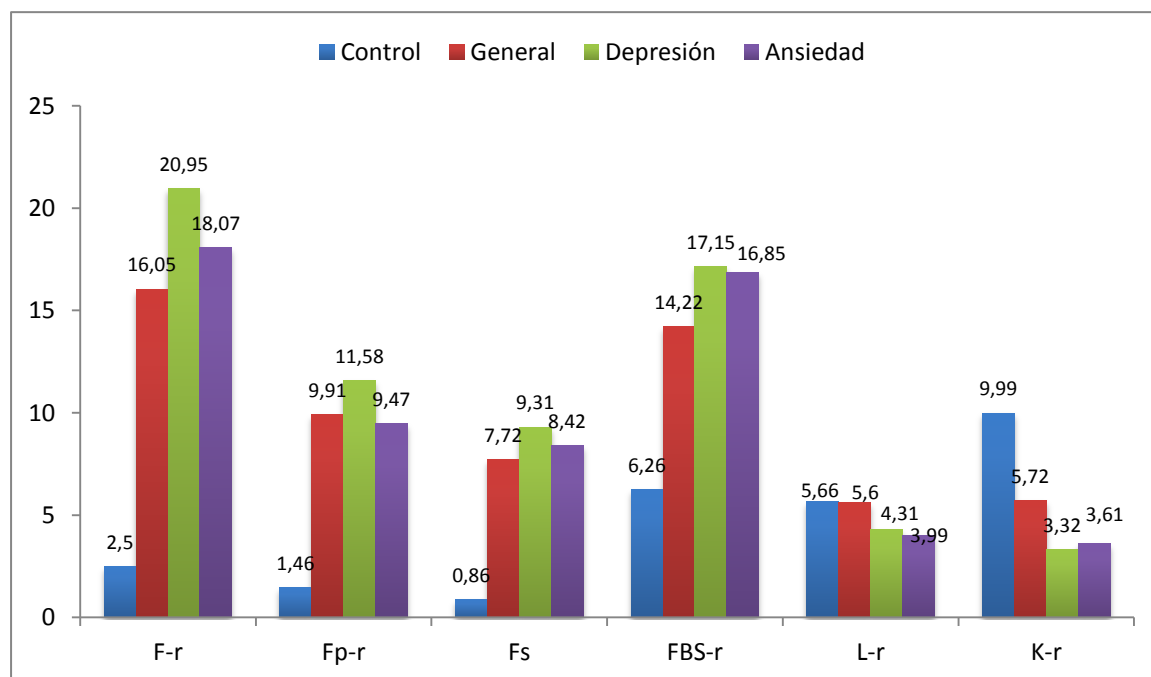
19) Todas las subescalas del PAI obtuvieron tamaños del efecto grandes, excepto AGR-V que obtuvo un tamaño del efecto medio, quedando ordenadas según el tamaño de sus diferencias, de este modo: DEP-E (0,65); ANS-E (0,63); ANS-F (0,62); DEP-F (0,61); DEP-C (0,59); ANS-C, ESQ-A y LIM-E (0,58); PAR-P (0,57); SOMS-S (0,54); TRA-E, ESQ-S y LIM-P (0,53); LIM-I (0,51); SOM-C (0,47); TRA-F y PAR-R (0,46); SOM-H (0,45); AGR-F (0,44); ESQ-P y LIM-A (0,42); MAN-G y PAR-H (0,40); MAN-A (0,39); ANT-E (0,36); AGR-A (0,35); MAN-I (0,34); ANT-A (0,24); y AGR-V (0,08).

#### **7.4. Comentarios al estudio sobre el MMPI-2-RF**

1) La primera hipótesis se confirma parcialmente. El grupo control obtuvo puntuaciones significativamente inferiores a las de los demás grupos en todas las escalas, con la excepción de: Interrogante, donde no se diferenció del grupo de depresión ni del de ansiedad; VRIN-r, donde no se diferenció del grupo de ansiedad; K-r, donde puntuó significativamente más que los otros tres grupos; L-r y MEC, donde no se diferenció del grupo general y puntuó significativamente más que el grupo de depresión y de ansiedad; AES, donde no se diferenció del grupo de ansiedad; AGGR-r, donde no se diferenció del grupo de ansiedad y puntuó significativamente más que el grupo de general y de depresión; y DISC-r donde no se diferenció del grupo general.

**Gráfico 7.5**

**Comparación entre puntuaciones medias de cada condición experimental en las escalas de mala imagen y buena imagen del MMPI-2-RF**



2) La segunda hipótesis no se confirma para ninguna escala. El grupo general no puntuó por encima del grupo de depresión, ni del de ansiedad. De hecho, se observa cierto patrón en el comportamiento de los grupos en la exageración de síntomas. La tendencia es a que el grupo de depresión destaque por encima del general y del de ansiedad, aunque estas diferencias sólo son significativas, comparándolo con el grupo general para las escalas F-r, Fs y FBS-r (no para Fp-r) y comparándolo con el grupo de ansiedad para F-r y Fp-r (no para Fs, ni FBS-r). La tendencia también muestra que, el segundo grupo que más exagera es el de ansiedad aunque, sólo se encontraron diferencias significativas entre este grupo y el general en la escala FBS-r (ver gráfico 7.5).

3) La tercera hipótesis se confirma, pues el grupo control obtuvo puntuaciones significativamente inferiores a los tres grupos de análogos en F-r.

4) La cuarta hipótesis se confirma sólo para el grupo general y de ansiedad, entre los que no se encontró diferencia significativa en F-r.

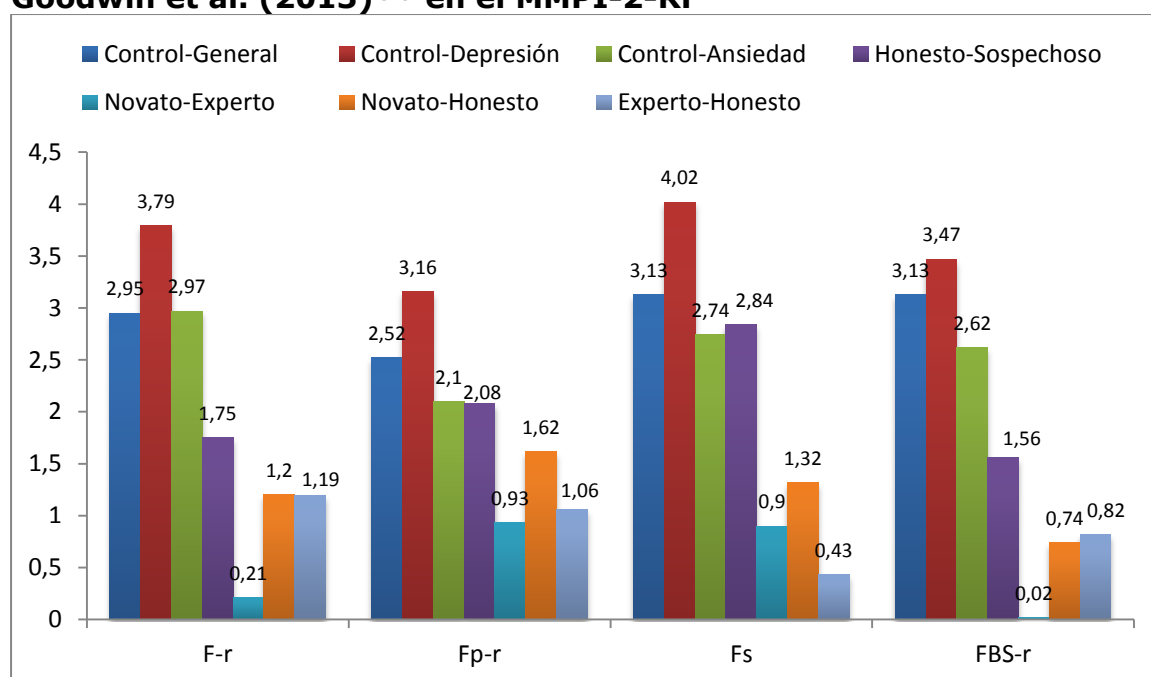


- 5) La quinta hipótesis se confirma, pues el grupo control obtuvo puntuaciones significativamente inferiores a los tres grupos de análogos en Fp-r.
- 6) La sexta hipótesis se confirma sólo para el grupo general y de depresión y para el grupo general y de ansiedad, entre los que no se encontraron diferencias significativas en Fp-r.
- 7) La séptima hipótesis se confirma, pues el grupo control obtuvo puntuaciones significativamente inferiores a los tres grupos de análogos en Fs.
- 8) La octava hipótesis se confirma sólo para el grupo general y de ansiedad y para el grupo de depresión y de ansiedad, entre los que no se encontraron diferencias significativas en Fs.
- 9) La novena hipótesis se confirma, pues el grupo control obtuvo puntuaciones significativamente inferiores a los tres grupos de análogos en FBS-r.
- 10) La décima hipótesis se confirma sólo para el grupo de depresión el de ansiedad, entre los que no se encontró diferencia significativa en FBS-r.
- 11) La undécima hipótesis se cumple, pues el mayor tamaño del efecto lo registró F-r (0,59).
- 12) La escala de validez Interrogante obtuvo un tamaño del efecto bajo (0,05) y TRIN-r medio (0,07), mientras que VRIN-r obtuvo un tamaño del efecto grande (0,19).
- 13) Las escalas específicas de detección de simulación, obtuvieron tamaños del efecto grandes, quedando ordenadas de este modo: F-r (0,59), Fs (0,52), FBS-r (0,51) y Fp-r (0,47).
- 14) La escala específica de disimulación, K-r obtuvo un tamaño del efecto grande (0,54) y L-r medio (0,11).
- 15) Las comparaciones de las *d de Cohen* entre la presente investigación y las de otros autores (Goodwin, Sellbom y Arbisi, 2013; Blasco y Pallardó, 2013) muestran que, como era de esperar, en contextos análogos se obtienen mayores diferencias entre los grupos (ver Gráfico 7.6).

16) Además, en el Gráfico 7.6 se observa que las escalas que mayores diferencias obtienen entre los grupos análogos de novatos y de expertos, así como entre pacientes honestos y sospechosos, son Fp-r y Fs. Sin embargo, cuando se trata de comparaciones entre pacientes honestos y simuladores expertos, la escala que mayores diferencias refleja es F-r.

### Gráfico 7.6

**Resumen de  $d$  de Cohen entre los grupos de la presente investigación y los grupos en contextos reales de Blasco y Pallardó (2013)\* y Goodwin et al. (2013)\*\* en el MMPI-2-RF**



\*Honesto- sospechoso = Comparación de pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y clasificados según honestidad o sospecha de simulación.

\*\*Novato- experto = Comparación entre grupo de veteranos análogo no experto y grupo análogo experto; Novato- honesto = Comparación entre grupo de veteranos análogo no experto y grupo de veteranos honesto; Experto- Honesto = Comparación entre grupo análogo experto y grupo de veteranos honesto.

17) En la escalas globales, el grupo general puntuó significativamente menos que el grupo de depresión y no se diferenció del grupo de ansiedad, salvo en EID donde también puntuó por debajo. Además, el grupo de depresión quedó significativamente por encima del grupo de ansiedad en THD.

18) Todas las escalas globales, obtuvieron tamaños del efecto grandes, quedando ordenadas así: EID (0,63), THD (0,48) y BXD (0,22).

19) En las escalas clínicas reestructuradas del MMPI-2-RF, el grupo general obtuvo puntuaciones significativamente inferiores al grupo de depresión, en todas las escalas excepto en RC9, e inferiores al grupo de ansiedad en todas menos en RC4, RC6 y RC9. El grupo de depresión y de ansiedad se comportaron de manera similar en todas las escalas clínicas reestructuradas, excepto en RC4 y RC6, en las que el primero puntuó significativamente más que el segundo.

20) Todas las escalas clínicas reestructuradas del MMPI-2-RF obtuvieron tamaños del efecto grandes, quedando ordenadas así: RCd (0,62), RC7 (0,58), RC8 (0,50), RC6 (0,49), RC1 (0,48), RC2 (0,46), RC4 (0,41), RC3 (0,30), RC9 (0,14).

21) En las escalas de problemas específicos (Somáticos/ Cognitivos) del MMPI-2-RF, el grupo general obtuvo puntuaciones significativamente inferiores al grupo de depresión, en todas las escalas excepto en HPC, e inferiores al grupo de ansiedad en todas menos en HPC y NUC. El grupo de depresión y de ansiedad se comportaron de manera similar en todas las escalas de problemas específicos (Somáticos/ Cognitivos), pues no hubo diferencias significativas entre ellos. Además, HPC no discriminó entre los tres grupos de análogos.

22) Todas las escalas de problemas específicos (Somáticos/ Cognitivos) del MMPI-2-RF obtuvieron tamaños del efecto grandes, quedando ordenadas así: COG (0,55), MSL (0,48), GIC (0,42) y HPC y NUC (0,41).

23) En las escalas de problemas específicos (Internalización) del MMPI-2-RF, el grupo general obtuvo puntuaciones significativamente inferiores al grupo de depresión, en todas las escalas excepto en BRF y MSF, e inferiores al grupo de ansiedad en HLP, NFC, STW y ANP. El grupo general sólo fue significativamente superior a un grupo, el de ansiedad, en una escala, MSF. El grupo de depresión y de ansiedad se comportaron de manera similar en todas las escalas de problemas específicos (Internalización), pues no hubo diferencias significativas entre ellos, salvo en SUI y MSF, en las que el grupo de depresión exageró significativamente más que el de ansiedad. Además, BRF no discriminó entre los tres grupos de análogos.

24) Todas las escalas de problemas específicos (Internalización) del MMPI-2-RF obtuvieron tamaños del efecto grandes, quedando ordenadas así: AXY (0,50), SUI (0,47), SFD (0,46), ANP (0,45), NFC (0,43), HLP (0,40), STW (0,33), BRF (0,32) y MSF (0,27).

25) En las escalas de problemas específicos (Externalización/ Interpersonales) del MMPI-2-RF, el grupo general obtuvo puntuaciones significativamente inferiores al grupo de depresión, en todas las escalas excepto en JCP, e inferiores al grupo de ansiedad en ACT, SAV y SHY. El grupo de depresión y de ansiedad se comportaron de manera similar en todas las escalas de problemas específicos (Externalización/ Interpersonales), pues no hubo diferencias significativas entre ellos, salvo en SUB, FML Y IPP, en las que el grupo de depresión exageró significativamente más que el de ansiedad. Además, JCP no discriminó entre los tres grupos de análogos.

26) Todas las escalas de problemas específicos (Externalización/ Interpersonales) del MMPI-2-RF obtuvieron tamaños del efecto grandes, salvo JCP que obtuvo un tamaño medio, quedando ordenadas así: FML (0,53), SHY (0,46), DSF (0,44), SUB (0,40), AGG (0,39), ACT (0,30), IPP (0,25) y JCP (0,12).

27) Las escalas de Intereses y Personalidad patológica del MMPI-2-RF, MEC y DISC-r obtuvieron tamaños del efecto pequeños, AGGR-r y AES medios y el resto obtuvieron tamaños del efecto grandes, quedando ordenadas así: PSYC-r (0,49), NEGE-r (0,47), INTR-r (0,31), AES y AGGR-r (0,07) y MEC y DISC-r (0,05).

## **7.5. Discusión**

La capacidad de detección de patrones distorsionados de mala imagen con el SIMS, el PAI y el MMPI-2-RF, en muestras militares, ha quedado confirmada. En su conjunto, los resultados obtenidos permiten disponer de evidencia preliminar sobre la utilidad de las tres pruebas como herramientas de apoyo, en el ámbito militar forense español, para la detección de simulación de trastornos mentales.

Según Santamaría (2014), existe una íntima relación entre el tipo de diseño empleado y los tamaños del efecto que se esperan. Debido a que los sujetos a los que se les pide que simulen suelen ser más extremos en sus respuestas que los simuladores en contextos reales, es frecuente encontrar tamaños del efecto mayores en los diseños análogos que en los diseños en contextos reales. De ahí, que la mayoría de las escalas de este estudio tuvieran un *eta cuadrado parcial* muy por encima de lo que se considera que reporta un tamaño del efecto grande (0,14).

Se ha observado una tendencia en el comportamiento de los grupos de análogos. Tanto en el SIMS, como en el PAI y el MMPI-2-RF, la tendencia general es a que el grupo que simulaba depresión obtuviera mayores puntuaciones en las escalas. Esta tendencia observada, a que el grupo de depresión exagerase más que los otros dos grupos, indica que, pese al posible efecto que hubiera podido ejercer el incentivo económico en una simulación más sutil, sin embargo, este efecto no se produjo. Esto puede deberse a que los estereotipos de la depresión son más generales e inespecíficos que los de la ansiedad y/o a que los estereotipos de la depresión la conciben como una problemática más grave que los trastornos de ansiedad, de ahí que fuera el grupo más extremo.

El estudio realizado con el SIMS, reporta resultados similares a los señalados por Smith y Burger (1997), ya que los distintos grupos de análogos obtienen puntuaciones significativamente mayores en todas las escalas en comparación con el grupo control.

Al igual que Clegg, Fremouw y Mogge (2009) y Blasco y Pallardó (2013), en este estudio se ha encontrado que las escalas Trastornos afectivos (Af) y Total son las que mayores diferencias significativas encuentran entre las distintas condiciones experimentales. Además, en la muestra clínica sospechosa de simular de Blasco y Pallardó (2013), se observa una tendencia similar a los grupos de análogos de este estudio. Esta similitud es interesante porque el estudio de Blasco y Pallardó (2013) se realizó en contextos reales.

Wisdom, Callahan y Shaw (2010) señalan que la capacidad del SIMS para hacer un *screening* general de las distintas áreas donde puede presentarse la simulación, es una de las aportaciones más relevantes de la

prueba. Sin embargo, tres de las cinco escalas específicas del SIMS evalúan aspectos de tipo neuropsicológico o cognitivo y sólo una escala (Trastornos afectivos, Af) evalúa trastornos mentales más comunes –si se pueden llamar así– de tipo no psicótico y no neuropsicológico. Por otra parte, Smith y Burger (1997) comprobaron en un diseño de análogos que cada grupo elevaba más la escala del SIMS de aquel cuadro que estuviera simulando.

En este estudio, el grupo que simulaba trastornos afectivos se diferenció significativamente -en la escala Af del SIMS- del grupo que simulaba psicopatología en general y del que simulaba trastornos de ansiedad, puntuando por encima de los dos. Pero Af no ha diferenciado entre el grupo que simulaba psicopatología general del que simulaba ansiedad. Así, se puede decir, que los sujetos con una estrategia de simulación orientada a los trastornos del estado de ánimo o con sintomatología real de estos trastornos que quisieran exagerar, podrían encontrarse identificados con esta escala. Sin embargo, los sujetos con una estrategia de simulación orientada al estrés o la ansiedad o con sintomatología real de estos cuadros que quisieran exagerar, podrían encontrar menos aspectos con los que identificarse.

En cuanto a los resultados obtenidos en el PAI, se puede decir que, al igual que sucede con el SIMS, los distintos grupos de análogos obtienen puntuaciones significativamente mayores en todas las escalas en comparación con el grupo control. Mientras que, en las escalas que evalúan buena imagen, reportan, como era de esperar, puntuaciones estadísticamente inferiores al grupo control.

Los índices específicos de exageración de síntomas del PAI (Impresión negativa, IMN; Simulación, SIM; y Función discriminante de Rogers, FDR), han diferenciado significativamente entre el grupo que simulaba psicopatología sin especificar del grupo que simulaba depresión y entre el que simulaba depresión y el que simulaba ansiedad. De estas tres escalas, en IMN es donde mayores fueron las diferencias encontradas, seguida de SIM y de FDR, confirmando los resultados de otros autores (p.ej. Liljequist, 1997; Liljequist, Kinder y Schinka, 1998; Calhoun et al., 2000; Kucharski, Toomey, Fila y Duncan, 2007; Kucharski y Duncan, 2007; Silgo y Robles, 2010).

Además, en estas tres escalas de detección de simulación, el grupo que simulaba depresión puntuó significativamente más que los otros dos grupos. Sin embargo, al igual que sucedió con la escala Af del SIMS, ninguna de las tres escalas diferenció entre el grupo que simulaba psicopatología general del que simulaba ansiedad/ estrés.

Por otra parte, en la escala Depresión (DEP) y en las subescalas Depresión cognitiva (DEP-C), Depresión emocional (DEP-E) y Depresión fisiológica (DEP-F) del PAI, el grupo que simulaba depresión puntuó significativamente por encima de los otros dos grupos de simuladores, mientras que no hubo diferencias entre el grupo que simulaba psicopatología general y el que simulaba ansiedad/ estrés. Asimismo, pese a que lo esperado sería que el grupo que simulaba ansiedad destacara en la escala de Ansiedad (ANS) y en las subescalas de Ansiedad cognitiva (ANS-C), Ansiedad emocional (ANS-E) y Ansiedad fisiológica (ANS-F), sin embargo, éste grupo no se ha diferenciado del que simulaba depresión, mientras si lo ha hecho del grupo que simulaba psicopatología general, puntuando los dos por encima de él. A excepción de ANS-F, donde no se diferenció de ninguno de los otros dos grupos experimentales.

Aunque para explicar estos resultados se debería contar con dos muestras clínicas representativas de los dos cuadros diagnósticos con los que compararlos, a falta de ellas se puede proponer una interpretación posible, que la sintomatología de los trastornos afectivos es más fácilmente reconocible que la sintomatología de los trastornos de ansiedad.

En cuanto a los resultados obtenidos con el MMPI-2-RF, se puede decir que, al igual que sucede con el SIMS y el PAI, los distintos grupos de análogos obtienen puntuaciones significativamente mayores en todas las escalas en comparación con el grupo control, a excepción de las escalas que evalúan buena imagen. Goodwin, Sellbom y Arbisi (2013) encontraron resultados similares en una muestra de análogos militar.

La escala específica de detección de simulación del MMPI-2-RF que mejor discriminó entre los grupos fue F-r, seguida de Fs, después de FBS-r y, por último, de Fp-r. Este resultado difiere del obtenido por Blasco y Pallardó (2013), quienes encontraron en dos muestras clínicas –una sospechosa y

otra honesta- que la escala Fs era la que mejor diferenciaba entre ellas, seguida de Fp-r, F-r y FBS-r.

Por último, las escalas clínicas del MMPI-2-RF que mejor discriminaron entre los grupos fueron Desmoralización (RCd) y Emoción negativa disfuncional (RC7) y las escalas de problemas específicos que mayores diferencias encontraron entre los grupos fueron Quejas cognitivas (COG), Problemas familiares (FML) y Ansiedad (AXY). Sin embargo, el grupo que simulaba ansiedad no se diferenció del grupo que simulaba psicopatología general, ni del que simulaba depresión en la escala AXY.

## **7.6. Conclusiones**

### **7.6.1. Conclusiones generales de la tesis**

- En contra de la creencia intuitiva, fomentada por los propios manuales de clasificación de los trastornos mentales, los ejércitos profesionales actuales no presentan grandes tasas de simulación y estas son, además, más bajas en zona de operaciones que en territorio nacional. No obstante, esta conclusión debe ser investigada.
- Los criterios de clasificación de simulación propuestos en los manuales diagnósticos son reducidos, fomentan los estereotipos y no están basados en evidencias empíricas.
- La visión que aún prevalece de la simulación de trastorno mental se basa, exclusivamente, en el modelo médico y en el "ojo clínico", reduciéndose, así, la comprensión y explicación de este amplio y complejo constructo en el que, sin duda, interactúan también variables no médicas.
- Distintos autores han propuesto que los modelos explicativos de simulación deben ser ampliados e incluir factores no médicos y de tipo psicosocial.
- Introducir la disonancia cognitiva en los modelos de simulación, podría ser de utilidad para buscar soluciones mejores a los problemas de los trabajadores que terminan resolviéndose por una de las pocas alternativas posibles, el absentismo.



- Los problemas psicológicos en contextos militares están íntimamente asociados a un doble estigma, el del rechazo por debilidad y el del rechazo por la sospecha de simulación. Por el bienestar y seguridad del personal militar, así como por la Seguridad Nacional, ambos aspectos merecen ser investigados.
- La disimulación de los trastornos mentales no se menciona en los manuales de clasificación para los profesionales de la salud mental. Debido a la repercusión que la disimulación puede tener en general y, en contextos militares en particular, no es coherente que en dichos manuales si se haga referencia a la simulación pero no a la disimulación. Por el bienestar y seguridad del personal militar, así como por la Seguridad Nacional, la disimulación merece ser considerada por los profesionales que evalúan salud mental, aunque ésta no se recoja en dichos manuales.
- Los estudios de simulación no han adoptado aún la perspectiva de género. Dada la importancia que tienen los estresores de género sobre la salud y el bienestar, se plantea la necesidad de que las investigaciones de simulación implementen variables asociadas a los roles de género.
- Desde finales del Siglo XX, el avance en la implementación de instrumentos de medida contruidos con una metodología precisa, ha fomentado que las practicas de los profesionales que evalúan trastornos mentales se basen en evidencias empíricas. Las evaluaciones psicológicas en contextos militares no son ajenas a este avance tecnológico.

### **7.6.2. Conclusiones del estudio empírico**

- Las pruebas empleadas en este estudio, SIMS, PAI y MMPI-2-RF, son instrumentos recomendables para evaluar la exageración de síntomas psicopatológicos en población militar, aunque aún deben seguir sometándose a experimentación para obtener puntos de corte más precisos.
- Los sujetos no expertos –ni en psicopatología, ni en escalas de validez– cuando responden a las pruebas psicológicas dando mala imagen intencionadamente como para “conseguir una baja laboral”, exageran psicopatología indiscriminadamente en las pruebas. Por tanto, todas las

escalas que reflejan malestar, enfermedad o mala imagen, obtienen puntuaciones muy por encima de las muestras honestas normales o clínicas.

- El SIMS dispone de diferentes escalas de detección de simulación de trastornos neuropsicológicos, sin embargo, solo cuenta con una escala para detectar simulación de trastornos psicológicos. Dado que en el ámbito de las bajas laborales, son comunes los trastornos adaptativos y los de ansiedad o estrés, parece que esta prueba está menos orientada que el PAI o el MMPI-2-RF para detectar patrones exagerados en el ámbito ocupacional militar.
- Las escalas del SIMS que mayores diferencias encontraron entre el grupo control y los grupos experimentales fueron Af y Total, por este orden.
- Las escalas específicas de simulación del PAI que mayores diferencias encontraron entre el grupo control y los grupos experimentales fueron IMN, SIM y FDR, por este orden.
- Las escalas específicas de simulación del MMPI-2-RF que mayores diferencias encontraron entre el grupo control y los grupos experimentales fueron F-r, Fs, FBS-r y Fp-r, por este orden.

### **7.7. Perspectivas futuras**

Son diversas las limitaciones del estudio aquí presentado. Distintos tipos de análisis estadísticos han quedado pendientes de realizar. El estudio de la precisión clasificatoria -que, como se explicó en el capítulo 4, se suele realizar mediante el análisis del Área Bajo la Curva-; comprobar la utilidad diagnóstica del empleo combinado de las distintas pruebas; estimar la eficiencia diagnóstica de las pruebas (sensibilidad, especificidad, tasa total de aciertos y el poder predictivo positivo); o el análisis de correlación entre los distintos indicadores de simulación.

Las ventajas de investigar con grupos de análogos son que hay una cierta facilidad de ejecución y, sobretodo, el control experimental que proporcionan. Santamaría (2014), además, añade su bajo coste. "Estas ventajas permiten la investigación original de nuevos procedimientos e ideas

que, más tarde, pueden ser llevadas a situaciones clínicas o forenses para ser investigadas. Así, la investigación en situaciones clínicas podría quedar reservada para planteamientos que han sido probados previamente y que tienen, por ello, una cierta probabilidad de aportar resultados de interés.” (Santamaría, 2014; p. 44). De este modo, se plantea realizar en el futuro la continuación a este estudio con diseños en contextos reales y así aumentar la validez externa de la investigación que, como ya se mencionó, en los diseños de análogos es baja. Adicionalmente, se pueden realizar investigaciones con diseños de análogos expertos en psicopatología y/o en las escalas de validez.

Es preciso investigar los estereotipos sobre los trastornos mentales en contextos militares, pues las personas no expertas en salud mental simulan y disimulan desde los estereotipos, no desde el conocimiento experto de los mismos. De este modo, se podrían actualizar las escalas de detección de patrones distorsionados e incluirlas en las herramientas de evaluación psicológica que se emplean tanto en fases de reclutamiento y selección, como en fases periciales.

Igualmente habría que contabilizar la prevalencia de sospecha de exageración de síntomas o de simulación pura en población militar mediante prácticas protocolizadas que cuenten con instrumentos de medida objetivos y comunes para todos los agentes implicados. Esto repercutiría en que los principales manuales de diagnóstico de los trastornos mentales contarían con datos objetivos sobre los que basarse cuando elaboran sus criterios clasificatorios referentes a la simulación en contextos militares.

Hay que reconocer, también, la necesidad de realizar estudios de estigma en las Fuerzas Armadas españolas. Distintos países aliados ya lo hacen y, aunque sea un avance más bien reciente, España no debe mantenerse al margen.

Por otra parte, sería necesario validar el modelo de simulación planteado en el capítulo 3 pues, como ya se comentó, la exageración de síntomas o la simulación en contextos organizacionales y, en concreto, en unidades militares, parece mucho más compleja de lo que se ha explicado hasta ahora. En línea con Bass y Halligan (2014), no se puede explicar la simulación de enfermedad en las bajas laborales bajo un único modelo

médico, en donde no se contemplen los aspectos bien definidos y demostrados por la psicología social o de las organizaciones. Este modelo necesita ampliarse introduciendo factores psicosociales (Snyder, 1998; Wade y Halligan, 2004; Merckelbach y Merten, 2012; Niesten et al., 2015) para poder encontrar mejores descripciones y, por tanto, mejores intervenciones. Por otra parte, como plantearon Smith y Frueh (1996), la simulación no solo está motivada por la búsqueda de incentivos económicos, por ello, parece oportuno investigar cómo se produce la disonancia cognitiva que lleva a las personas a exagerar o simular en contextos laborales.

Dadas las repercusiones que tienen las concesiones de discapacidad e incapacidad en personal militar (con o sin reconocimiento de la causa- efecto, aunque más cuando ésta se reconoce) cabe plantear la necesidad de elaborar un protocolo de evaluación psicológica forense basado en evidencias científicas para el ámbito de las FAS. Más aún cuando la mayor parte de los diagnósticos psiquiátricos emitidos por las Juntas Médico Periciales se relacionan con trastornos adaptativos, de ansiedad, depresión o TEPT y cuando se trata de un área de la salud en la que se ha abusado del ojo clínico. Recordando que no hay ninguna evidencia empírica para afirmar que el ojo clínico conduzca a una mejor detección de patrones distorsionados y que la Instrucción Técnica 2 de 30 de Mayo de 2011 de la Inspección General de la Defensa no adopta esta medida fundamental. Hacer esto ayudaría, entre otras cosas, a que en las unidades militares se redujera el estigma asociado a los problemas psicológicos de los soldados cuando dichos problemas son reales y ellos están siendo honestos.

En línea con lo propuesto a lo largo de esta tesis, dicho protocolo de evaluación psicológica forense, deberá incluir un apartado de signos de la distorsión (p.ej. incongruencias, exageración, etc.); otro de pruebas objetivas (p.ej. partes de baja médica manipulados); y otro de índices de medida validados y contrastados. Además, cada cuadro psicopatológico debería considerarse pormenorizadamente con criterios de simulación empíricos específicos, pues la simulación de cada diagnóstico requiere una atención especializada por parte del evaluador.

Adicionalmente, puesto que la simulación no se relaciona con tipos de personalidad pero sí con situaciones concretas asociadas a aspectos desagradables de la vida del sujeto, en el protocolo habría de considerarse, por un lado, un apartado donde se analizaran los estresores físicos y psicosociales asociados a la profesión y al destino que ocupa u ocupaba el afectado y, por otra parte, qué nivel de resiliencia tiene el sujeto para hacer frente a dichos estresores (ambos aspectos evaluados con instrumentos de fiabilidad y validez reconocidas).

Sería importante que la toma de decisiones elaborada gracias a dicho protocolo, considerase la simulación de una manera dimensional y no categorial. Así, en un extremo estaría la honestidad de la psicopatología manifestada, en el otro la simulación pura y en zonas intermedias la sospecha de simulación. La falsa imputación debe ser considerada, más aún cuando hay solicitud del reconocimiento de la causa- efecto.

Este protocolo debería también contemplar los casos de fingimiento que no son simulación (trastorno facticio) pues diversas evidencias científicas confirman que trastornos como el TEPT pueden ser fingidos con el único propósito de asumir el rol de enfermo o dar sentido a una narrativa de vida.

El protocolo acabaría, por tanto, concluyendo la honestidad/ simulación en grados de certeza o en términos probabilísticos. De este modo, los órganos periciales abordarían la simulación de trastorno mental en personal militar de una forma más comprensiva y completa, menos intuitiva, incluyendo factores no médicos, aportando la perspectiva de la prevención de riesgos laborales y emitiendo juicios basados en criterios empíricos.

Finalmente, parece fundamental formar a los profesionales de salud mental (psicólogos generalistas, psicólogos clínicos y psiquiatras) en detección de simulación de trastorno mental basada en la evidencia y en el protocolo que se haya creado.

El modelo biopsicosocial no se ha desarrollado aún en el área de la salud mental en las FAS españolas. La psicología no está subordinada a ninguna otra profesión del ámbito de la salud y normativamente tiene el mismo rango que otras profesiones de esta área. Por ello, y porque cuenta

con los conocimientos y las herramientas para hacerlo, es necesario que recupere la actitud y la intención de empoderar a los usuarios del sistema de salud, que se posicione en el ámbito de la prevención de los riesgos laborales y que amplíe el marco de trabajo desde el que se abordan las periciales forenses. Puesto que en la normativa la psicología ya está emancipada, ahora debe independizarse también en la práctica diaria.

Cabe mencionar las dificultades encontradas en el contexto militar para investigar. La organización no cuenta con una estructura que promueva la actividad investigadora en cuestiones psicosociales, ni aun cuando es el propio investigador el que está dispuesto a financiar el total de la investigación. La cultura organizacional no contempla que las necesidades y los aspectos psicológicos o psicosociológicos de la población militar deban ser investigados. Esta carencia de concienciación, unida a la ausencia de financiación para realizar estudios empíricos, repercute en que no se está explotando una de las mejores bazas que puede aportar la psicología a las Fuerzas Armadas, en que no se beneficia al personal y a la organización en sí misma de estos posibles hallazgos inexplorados y en la pérdida de una comunidad de talento.

Es un hecho que el rendimiento, la eficacia, la eficiencia, la moral, el bienestar y la satisfacción de los empleados de una organización acaban relacionándose con la salud, la enfermedad o la simulación. Ignorar esta compleja relación entre todas las variables implicadas ayuda poco a crear organizaciones modernas y adelantadas a su tiempo. La psicología cuenta con la tecnología precisa para abordar estas cuestiones. Por ello, es el momento de apoyar y fomentar investigaciones que analicen y expliquen estos constructos y así crear intervenciones de eficacia contrastada y, finalmente, potenciar una comunidad de talento.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**





- Aamodt, M. G., y Custer, H. (2006). Who can best catch a liar? A meta-analysis of individual differences in detecting deception. *Forensic Examiner*, 15, 6-11.
- Abejaro de Castro, L.F. (1993). *Historia de la Psiquiatría Militar Española (1800-1970)*. Tesis Doctoral, facultad de medicina de la UCM. Madrid.
- Aguerrevere, L.E., Greve, K.W., Bianchini, K.J. y Meyers, J.E. (2008). Detecting malingering in traumatic brain injury and chronic pain with an abbreviated version of the Meyers Index for the MMPI-2. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 831-838.
- Ahmadi, K., Lashani, Z., Afzali, M. H., Tavalae, S. A., & Mirzaee, J. (2013). Malingering and PTSD: Detecting malingering and war related PTSD by miller forensic assessment of symptoms test (M-FAST). *BMC Psychiatry*, 13(1), 154. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-154>
- Altus, W.D., & Bell, H. M. (1947). The validity of a general information test for certain groups of army illiterates. *Journal of Consulting Psychology*, 11(3), 120-132. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0055268>
- Alwes, Y. R. (2006). *The utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology as a screen for the feigning of neurocognitive deficit and psychopathology in a civil forensic sample* (Tesis de maestría). Recuperado de: [http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1397&context=gradschool\\_theses](http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1397&context=gradschool_theses)
- American Medical Association. (1952). *Standard Nomenclature of Diseases and Operations*, (4<sup>th</sup> Ed.), Philadelphia.
- American Psychiatry Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, Washington D.C.
- American Psychiatry Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, Washington D.C.
- American Psychiatry Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, Washington D.C.

- American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, Washington D.C.
- American Psychiatry Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, Washington D.C.
- American Psychiatry Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- American Psychological Association. (2005). *Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology*.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.
- Anderson, D.L. y Anderson, G.T. (1984). Nostalgia and malingering in the military during the civil war. *Perspectives in Biology and Medicine*, 28, 1, 156-166.
- Apolodoro (2010). *Biblioteca Mitológica*. Madrid: Alianza.
- Arbisi, P.A. y Ben-Porath, Y.S. (1995). An MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: The infrequency-psychopathology scale, F(p). *Psychological Assessment*, 7, 424-431.
- Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y., & McNulty, J. (2006). The ability of the MMPI-2 to detect feigned PTSD within the context of compensation seeking. *Psychological Services*, 3(4), 249-261. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1541-1559.3.4.249>
- Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V., y Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 84-94.
- Arguello, T. (1852). Sobre el diagnóstico de las enfermedades simuladas. *Biblioteca Médica Castrense*, 5 (299).

- Armed Forces Health Surveillance Center. (2013a). Malingering and factitious disorders and illnesses, Active Component, U.S. Armed Forces, 1998-2012. *Medical Surveillance Monthly Report*, 20, 7, 20-24.
- Armed Forces Health Surveillance Center. (2013b). Mental disorders and mental health problems, recruit trainees, U.S. Armed Forces, 2000-2012. *Medical Surveillance Monthly Report*, 20, 7, 13-18.
- Armed Forces Health Surveillance Center. (2013c). Surveillance snapshot: mental health hospitalizations among recruit trainees, U.S. Armed Forces, 2000-2012. *Medical Surveillance Monthly Report*, 20, 7, 19.
- Atkinson, R.M., Henderson, R.G., Sparr, L.F. y Deale, S. (1982). Assessment of Vietnam veterans for posttraumatic stress disorders in Veterans Administration disability claims. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1118-1121.
- Baer, R.A., Rinaldo, Jc. y Bery, D.T.R. (2003). Self-report distortions (including faking, lying, malingering, social desirability). En R. Fernández Ballesteros (Ed): *Encyclopedia of Psychological Assessment*, 2 (Pp. 861-866). London: SAGE.
- Baganz, C.N. y Strotz, C.M. (1941). So-called "Shell Shock": types, etiological factors and means for its prevention. *Military Surgeon*, 88, 282-286.
- Bagby, R. M., Marshall, M. B., & Bacchiochi, J. R. (2005). The validity and clinical utility of the MMPI-2 malingering depression scale. *Journal of Personality Assessment*, 85, 304-311.
- Bagby, R. M., Nicholson, R. A., Bacchiochi, J. R., Ryder, A. G., y Bury, A. S. (2002). The Predictive Capacity of the MMPI-2 and PAI - Validity Scales and Indexes to Detect Coached and Uncoached Feigning. *Journal of Personality Assessment*, 78(1), 69-86. doi:10.1207/S15327752JPA7801\_05
- Banen, D.M. (1949). Doctor patient relationship. *Military Surgeon*, 104, 124-128.

- Bardera, P.M. y Osca, A. (2009). Estrés laboral, autoconcepto y salud en una muestra de militares españoles. *Sanidad Militar*, 65, 3, 152-163.
- Bardera, M.P. y Silgo, M.G. (2012). La Evaluación Psicológica en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica: Simulación y Disimulación de Síntomas. En D. Donoso (Ed.). *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa. Catálogo General de Publicaciones Oficiales.
- Bass, C. y Halligan, P. (2014). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management, *The Lancet*, 383, 9926, 1422-1432.
- Beaber, R.J., Marston, A., Michelli, J. y Mills, M.J. (1985). A brief test for measuring malingering in schizophrenic individual. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1478-1481.
- Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1996). *Beck Depression Inventory II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).
- Benavides, F. G., Plana, M., Serra, C., Domínguez, R., Despuig, M., Aguirre, S., ... Gimeno, D. (2007). Incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la Comunidad Autónoma. *Revista Española de Salud Pública*, 81(2), 183-190.
- Bentall, R.P. (2011). Medicalizar la mente ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos? Barcelona: Herder.
- Ben-Porath, Y. S., y Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Bergmann & Moore, LLC (summer, 2012). PTSD Stigma Continues to Haunt our Veterans, *The Veterans Quarterly*, 3, 2, 8-15. En [www.vetlawyers.com](http://www.vetlawyers.com)
- Berry, D.T.R. y Nelson, N.W. (2010). DSM-5 and Malingering: a modest proposal. *Psychological Injury and Law* (27 October 2010), pp. 1-9.
- Berry, D.T.R., Baer, R.A. y Harris, M.J. (1991). Detection of malingering on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 11, 585-598.
- Bianchini, K.J., Greve, K.W. y Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal*, 5, 404-417.
- Binder, L.M. (1993). Assessment of malingering after mild head trauma with the Portland Digit Recognition Test. *J Clin Exp Neuropsychol*, 15, 170-82.
- Blanchard, D. D., McGrath, R. E., Pogge, D. L., y Khadivi, A. (2003). A Comparison of the PAI - and MMPI-2 As Predictors of Faking Bad in College Students. *Journal of Personality Assessment*, 80(2), 197-205. doi:10.1207/S15327752JPA8002\_08
- Blasco Saiz, J.L. y Pallardó Durá, L. (2013). Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto medicolegal: un estudio preliminar. *Clínica y Salud*, 24(3), 177-183. doi:10.1016/S1130-5274(13)70019-7
- Bliese, P. y Jex, S. (1999). Incorporating multiple levels of analysis into occupational stress research. *Work and Stress*, 13(1), 1-6.
- Bliese, P.D. y Britt, T.W. (2001). Social support, group consensus and stressor-strain relationships: social context matters. *Journal of organizational behavior*, 22, 4, 425-436.
- Boccaccini, M. T., Murrie, D. C., y Duncan, S. A. (2006). Screening for malingering in a criminal-forensic sample with the Personality

- Assessment Inventory. *Psychological Assessment*, 18(4), 415–423.  
doi:10.1037/1040-3590.18.4.415
- Boisseau. (1870). *Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître*. Lecciones en Val-de-Grâce. París.
- Boone, K.B. (2011). Clarification or confusion? A review of Rogers, Bender, and Johnson's a critical analysis of the MND criteria for feigned cognitive impairment: Implications for forensic practice and research. *Psychological Injury and Law*, 4, 157-162.
- Boone, K.B., Savodnik, I., Ghaffarian, S., Lee, A. y Freeman, D. (1995). The Rey 15-Item Memorization and Dot Counting scores in a "stress" claim workers' compensation population: Relationship to personality (MCMI) scores. *Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 457-463.
- Bourke, J. (2001). Psychology at war, 1914-1945. En G.C. Bunn, A.D. Lovie y G.D. Richards (Eds.): *Psychology in Britain*. Leicester, UK: The BPS Books.
- Bowers, W.F. (1943). Hysteria and malingering on the surgical service, *Military Surgeon*, 92, 506-511.
- Brage, S., Nygard, J. F. y Tellnes, G. (1998). The gender gap in musculoskeletal-related long term sickness absence in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 26(1), 34–43.  
doi:10.1177/14034948980260010901
- Braxton, L. E., Calhoun, P. S., Williams, J. E., & Boggs, C. D. (2007). Validity rates of the personality assessment inventory and the Minnesota multiphasic personality inventory-2 in a VA medical center setting. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 5-15.  
doi:http://dx.doi.org/10.1207 /s15327752jpa8801\_02
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Brill, N. Q., & Farrell, M. J. (1946). Neurotic-reactions in psychopaths (hystero-malingering). *Research Publications of the Association for Research in Nervous & Mental Disease*, 25, 11-25.
- Britt, T.W. (2000). The stigma of psychological problems in a work environment: Evidence from the screening of service members returning from Bosnia. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 8, 1599-1618.
- Broder, R.J. (1996). Ecological risk factors for symptoms of depression among adolescents from separated and divorced families. *Dissertation Abstracts International*, 56 (9-B), 5160.
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia*, 19, 5, 537-549.
- Bronfenbrenner, U. (1977a). Lewinian space and ecological substance. *Journal of Social Issues*, 33, 4, 199-212.
- Bronfenbrenner, U. (1977b). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 7, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 6, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. En R.Vasta (Ed.), *Six theories of child development: revised formulations and current issues*. (Pp. 187-249). Bristol: Jessica Kingsley Publisher.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. En S.L. Friedman (Ed.), *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts* (pp. 3-38). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic



- and Statistical Manual of Mental Disorders and Beyond: Comment on the Special Section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 4, 551-556. DOI: 10.1037/0021-843X.114.4.551
- Brussel, J.A. y Hitch, K. (1943). The military malingerer. *The Military Surgeon*, 93, 1, 33-44.
- Brussel, J.A., Grassi, J.R. y Melniker, A.A. (1942). The Rorschach method and postconcussion syndrome, *Psychiatric Quarterly*, 16. 707-743.
- Budd, F.C. y Harvey, S. (2006). Military fitness-for duty evaluations. En C.H. Kennedy y E.A. Zillmer (Eds.). *Military Psychology: Clinical and Operational Applications*. New York: The Guilford Press.
- Buinewitsch, K. (1939). Simulated and self-inflicted organic lesions produced for the purpose of avoiding military service. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 89, Pt. 1, 472. Retrieved from <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/615101388?accountid=14514>
- Burges, C. y McMillan, T. (2001). The ability of naive participants to report symptoms of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 2, 209-214.
- Burke, R.J. y Greenglass E.R. (2000). Work status congruence, work outcomes and psychological well-being. *Stress Medicine*, 16, 91-99.
- Burkett, B.G. y Whitley, G. (1998). *Stolen valor: How the Vietnam generation was robbed of its heroes and its history*. Dallas, TX: Verity Press.
- Burnam, M. A., Meredith, L. S., Helmus, T. C., Burns, R. M., Cox, R. A., D'Amico, E., Martin, L. T., Vaiana, M. E., Williams, K. M. y Yochelson, M. R. (2008). Systems of care: Challenges and opportunities to improve Access to high-quality care. En Tanielian, T. y Jaycox, L. H. (Eds.): *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, their Consequences, and Services to Assist Recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation. Retrieved from: [http://www.rand.org/pubs/monographs/2008/RAND\\_MG720.pdf](http://www.rand.org/pubs/monographs/2008/RAND_MG720.pdf).

- Bush, S. S., Ruff, R. M., Troster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., ... Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity: NAN Policy y Planning Committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 419–426.
- Buss, T.F. y Shillabeer, A. (2011). The emerging field of evidence-based public management. En A. Shillabeer, T.F. Buss y D.M. Rousseau (Eds.): *Evidence-based management: Practices, issues, and prospects*. New York: M.E. Sharpe.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). Minnesota multiphasic personality inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Calcedo Barba, A. (2009). Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (trastorno por estrés postraumático). En C. Borobia (Ed.). *Valoración del Daño Corporal: Traumatismo Craneoencefálico. Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Calhoun, P. S., Earnst, K. S., Tucker, D. D., Kirby, A. C., & Beckham, J. C. (2000). Feigning combat-related posttraumatic stress disorder on the personality assessment inventory. *Journal of Personality Assessment*, 75(2), 338-350. Retrieved from: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?docview/619450492?accountid=14514>
- Campbell, M.M. (1943). Malingery in relation to psychopathy in military psychiatry. *Northwest Medicine*, 42, 349-354.
- Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2009). Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fundación Mapfre*, 20, 4, 255-263.
- Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2012). Fibromialgia. En H. González Ordi, P. Santamaría Fernández y P. Capilla Ramírez: *Estrategias de detección de la simulación: Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 343-373). Madrid: TEA Ediciones.

- Capilla Ramírez, P., González Ordi, H. y Santamaría Fernández, P. (2009). Actas 9º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral (SETLA): *Tasas de prevalencia de simulación: Un estudio empírico basado en profesionales médicos expertos*. Barcelona, p. 47.
- Cappucci, D.T. y Flemming, S.L.K. (1994). Medical observations of malingering in Iraqi enemy prisoners of war during Operation Desert Storm. *Military Medicine*, 159, 6, 462-464.
- Carrillo Arroyo, I. y Carrillo Gijón, S. (2012). Simulación oftalmológica. A propósito de un caso clínico-judicial. *Sanidad Militar*, 68, 2, 101-105.
- Carroll, M.F. (2001). Deceptions in military psychiatry. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 22, 1, 53-62.
- Cashel, M. L., Rogers, R., & Sewell, K. (1995). The Personality Assessment Inventory (PAI) and the detection of defensiveness. *Assessment*, 2(4), 333-342.
- Cashel, M.L., Rogers, R., Sewell, K.S. y Martin-Cannici, C. (1995). The Personality Assessment Inventory (PAI) and the detection of defensiveness. *Assessment*, 2, 333-342.
- Cepeda-Benito, A. y Short, P. (1998). Self-concealment, avoidance of psychological services, and perceived likelihood of seeking professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 58-64.
- Chambel, M.J. y Oliveira Cruz, F. (2007). El desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en militares en misión de paz. En P.R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez: *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*, 139-147. Madrid: Pirámide.
- Claridge, J.A. y Fabian, T.C. (2005). History and development of evidence-based medicine. *World journal of surgery*, 29, 5, 547-53.
- Clausewitz, C.V. (2005). *De la Guerra*. (1ª Ed). Versión íntegra. Madrid: La esfera de los libros.
- Clegg, C.B. (2007). *Utility of the Structured Inventory of Mallingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory*

- (ADI) in screening for malingering among disability seeking outpatients. Tesis doctoral, Department of Psychology, Morgantown, West Virginia.
- Clegg, C.B., Fremouw, W. y Mogge, N. L. (2009). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(2), 239–254. doi:10.1080/14789940802267760
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Collie, J. (1971). *Malingering and feigned sickness*. Londres: Arnold.
- Contreras Gay, J. (1996). El siglo XVII y su importancia en el cambio de los sistemas de reclutamiento durante el Antiguo Régimen. *Studia Histórica: Historia Moderna*, 14, 141-154.
- Craig, R.J. (1999). Essentials of MCMI-III assessment. En S. Track (Ed.), *Essentials of Millon Inventories assessment* (pp.1-51). New York: Wiley.
- Cullen, B. (Febrero, 2003). Testimony from the Iceman, *Smithsonian*. <http://www.smithsonianmag.com/science-nature/testimony-from-the-iceman-75198998/>
- Cunnien, A. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp.23-46). 2ª ed. New York: Guilford Press.
- Damasio, A.R. (1996). *El error de Descartes*. Barcelona: Critica (Grijalbo Mondadori).
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M. y Merten, T. (2013). Symptom Validity and Neuropsychological Assessment: A Survey of Practices and Beliefs of Neuropsychologists in Six European Countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(8), 771–783. doi:10.1093/arclin/act073
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M., Peters, M. J. V. y Merckelbach, H. (2011). Cognitive Underperformance and Symptom Over-Reporting in a Mixed Psychiatric Sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 25(5), 812–828. doi:10.1080/13854046.2011.583280

- DeClue, G. (2002). Feigning does not equal malingering: A case study. *Behavioral Sciences and the Law*, 20, 716-726.
- De la Fe Rodríguez, M., Osca Segovia, A. y Peiró, J.M. (2006). El afecto producido por la comparación social y su influencia sobre el burnout. *Revista de psicología social*, 21, 3, 229-240.
- Demakis, G., Rimland, C., Reeve, C. y Ward, J. (2014). Intelligence and psychopathy do not influence malingering. *Applied Neuropsychology Adult*, 0, Epub 2014 Nov 17, 1-9.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F. y Schaufeli (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal Applied Psychology* 86(3), 499-512.
- DePaulo, B. M., Charlton, K., Cooper, H., Lindsay, J. J. y Muhlenbruck, L. (1997). The accuracy-confidence correlation in the detection of deception. *Personality and Social Psychology Review*, 1, 346-357.
- Derogatis, L. R. (1996). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- DeViva, J. C., & Bloem, W. D. (2003). Symptom exaggeration and compensation seeking among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 503-507. doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1025766713188>
- Díaz-Salazar, C.E. y Chavarría-Puyol, H.M. (2008). Reflexiones sobre la simulación y disimulación en medicina evaluadora. *Rehabilitación (Madr)*, 42, 6, 325-330.
- Drob, S.L., Meehan, K.B. y Waxman, S.E. (2009). Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37, 98-106.
- Early, E. (1984). On confronting the viet nam veteran. *The American Journal of Psychiatry*, 141(3), 472-473. Retrieved from

<http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/616900732?accountid=14514>

Early, E. (1984). On confronting the viet nam veteran. *The American Journal of Psychiatry*, 141(3), 472-473. Retrieved from <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/616900732?accountid=14514>

Edens, J. F., Otto, R. K. y Dwyer, T. (1999). Utility of the structured inventory of malingered symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27(3), 387-396.

Edens, J. F., Poythress, N. G. y Watkins-Clay, M. M. (2007). Detection of Malingering in Psychiatric Unit and General Population Prison Inmates: A Comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 33-42. doi:10.1207/s15327752jpa8801\_05

Efendov, A. A. (2007). *Incremental predictive validity of the TSI, MMPI-2, and SIMS in identifying coached and uncoached feigning of PTSD in workplace accident victims* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/002/NR21761.PDF>

Eissler, K.R. (1992). *Freud sur le front des névroses de guerre*, Presses Universitaires de France.

Ekman, P. (1985). *Telling lies*. Nueva York: Norton.

Elhai, J. D., Gold, P. B., Frueh, B. C., & Gold, S. N. (2000). Cross-validation of the MMPI-2 in detecting malingered posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*, 75(3), 449-463. doi:[http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JPA7503\\_06](http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JPA7503_06)

Engel G. (1997). The need for a new medical model: a Challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.

- Exner, J.E., McDowell, E., Pabst, J. Stackman, W. y Kirk, L. (1963). On the detection of willful falsifications in the MMPI, *Journal of Consulting Psychology*, 27, 1, 91-94.
- Fairbank, J.A., McCaffrey, R.J. y Keane, T.M. (1985). Psychometric detection of fabricated symptoms of posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 142(4), 501-503. Retrieved from <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/617022719?accountid=14514>
- Fernández-Ballesteros, R. (1980). *Psicodiagnóstico: concepto y metodología*. Madrid: Cincel-Kapelusz.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Evaluación psicológica y tests. En A. Cordero (Ed.), *La evaluación psicológica en el año 2000*. Madrid: Tea Ediciones.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press (Versión en castellano: *Teoría de la disonancia cognitiva*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1975).
- Folkman, L. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-age community sample. *Journal of Health Psychology and Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985) If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1, 150-170.
- Folly, M. (1930). Un cas de démence précoce chez un bon absent. considérations sur les motifs invoqués par les bons absents. *Annales Médico-Psychologiques*, 88, 235-238.
- Franzen, M.D., Iverson, G.L. y McCracken, L.M. (1990). The detection of malingering in neuropsychological assessment. *Neuropsychology Review*, 1, 247-279.

- Freeman, T., Hart, H., & Kimbrell, T. (2005). Symptom exaggeration in Veterans populations with PTSD: preliminary findings. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of Arkansas Medical Sciences, LittleRock, AR.
- Freeman, T., Powell, M. y Kimbrell, T. (2008). Measuring symptom exaggeration in veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 158(3), 374–380. doi:10.1016/j.psychres.2007.04.002
- Fribourg-Blanc, A. y Gauthier, H. (1935). *La pratique psychiatrique dans l'armée*. Paris: Charles Lavauzelle & Cie.
- Frueh, B. C., Elhai, J. D., & Hamner, M. B. (2003). Post-traumatic stress disorder (combat) Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, NY. doi:http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4757-4963-2\_14.
- Frueh, B.C., Gold, P.B., y de Arellano, M.A. (1997). Symptom overreporting in combat veterans evaluated for PTSD. Differentiation on the basis of compensation-seeking status. *Journal of Personality Assessment*, 68, 369-384.
- Frueh, B.C., Grubaugh, A.L., Elhai, J.D., et al. (2007). US Department of Veterans Affairs disability policies for PTSD: administrative trends and implications for treatment, rehabilitation, and research. *Am J Public Health*, 97, 2143–2145.
- Frueh, B.C., Hammer, M.B., Cahill, S.P., Gold, P.B. y Hamlin, K.L. (2000). Apparent Symptom overreporting in combat veterans evaluated for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 20, 853- 885.
- Fuentes Ortega, J.B. y Quiroga Romero, E. (2004). Los dos principios irrenunciables del análisis funcional de la conducta y del conductismo radical, *Psicothema*, 16, 4, 555-562.
- Gaines, M. V. (2009). *An examination of the combined use of the PAI and the M-FAST in detecting malingering among inmates* (Tesis doctoral). Recuperado de: [http://repositories.tdl.org/ttu-ir/bitstream/handle/2346/10347/Gaines\\_Michelle\\_diss.pdf?sequence=1](http://repositories.tdl.org/ttu-ir/bitstream/handle/2346/10347/Gaines_Michelle_diss.pdf?sequence=1)



- Galindo Ángel, J. y Galindo Ángel, J. (2014). Estudio diferencial del nivel de estrés percibido, liderazgo, cohesión y autoconfianza en unidades de élite de la Armada Española, en la Operación Active Endeavour de la OTAN. *Sanidad Militar*, 70, 3, 174-184.
- Gallagher, R.W. (1998). Detection of malingering at the time of intake in a correctional institution with MMPI-2 validity scales. *Dissertation Abstract International*, 58, 6233.
- Gallant, I.B. (1931). Psychiatric examination of soldiers in the Red Army. *Zhurnal Nevropatologii i Psikhiatrii*. 1, 2, 18-21.
- García Sanz, B. (2013). Ejército y sociedad. *Monografías 132: Valores y conflictos, aproximación a la crisis*. Escuela de Altos Estudios de la Defensa. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.
- Gavin, H. (1843). On the feigned and factitious diseases of soldiers and seamen; with hints for the examination, and rules for the detection of impostors. *On feigned and factitious diseases, chiefly of soldiers and seamen, on the means used to simulate or produce them, and on the best modes of discovering impostors: Being the prize essay in the class of military surgery in the university of edinburgh, session 1835-6, with additions*. (pp. 9-35) John Churchill, London. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/11951-001>
- Geraerts, E., Kozarić-Kovačić, D., Merckelbach, H., Peraica, T., Jelicic, M., & Candel, I. (2009). Detecting deception of war-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(2), 278-285. Retrieved from: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?docview/621904218?accountid=14514>
- Gerson, A. R. (2002). Beyond DSM-IV: A meta-review of the literature on malingering. *American Journal of Forensic Psychology*, 20, 57-69.
- Gervais, R.O., Green, P., Allen, L.M. e Iverson, G.L. (2001). Effects of coaching on symptom validity testing in chronic pain patients presenting for disability assessment. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, 1-19.

- Gervais, R. O., Ben-Porath, Y. S., Wygant, D. B., & Green, P. (2007). Development and validation of a Response Bias Scale (RBS) for the MMPI-2. *Assessment, 14*(2), 196-208.
- Gervais, R. O., Ben-Porath, Y. S., Wygant, D. B. y Sellbom, M. (2010). Incremental Validity of the MMPI-2-RF Over-reporting Scales and RBS in Assessing the Veracity of Memory Complaints. *Arch Clin Neuropsychol, 25*(4), 274-284. doi:10.1093/arclin/acq018
- Gervais, R.O., Russell, A.S., Green, P., Allen, L.M., Ferrari, R. y Pieschl, S.D. (2001). Effort testing in patients with fibromyalgia and disability incentives. *Journal of Rheumatology, 28*, 1892-1899.
- Gill, M.M. (1941). Malingering, *Bulletin of the Menninger Clinic, 5*, 157-160.
- Gillard, N.D. y Rogers, R. (2010). Malingering: Models and methods. *The cambridge handbook of forensic psychology*. (pp. 683-689) Cambridge University Press, New York, NY.
- Gisbert Calabuig, J.A. (1998). *Medicina legal y toxicología*. (6ª ed. Reimpresión). Barcelona: Masson.
- Gjesdal, S., Ringdal, P. R., Haug, K. y Mæland, J. G. (2004). Predictors of disability pension in long-term sickness absence. Results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *The European Journal of Public Health, 14*, 398-405. doi: 10.1093/eurpub/14.4.398
- Graham, J.R., Watts, D. y Timbrook, R.E. (1991). Detecting fake-good and fake-bad MMPI-2 profiles. *Journal of Personality Assessment, 57*, 264-277.
- Green, P. (2008). Malingering and defensiveness on the MMPI-2. En R.Rogers (Ed.): *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. New York: Guildford Press.
- Greenberg, N. y Jones, N. (2011). Optimizing mental Health support in the military: The role of peers and leaders. En A.B. Adler, P.D. Bliese y C.A.

- Castro (Eds.): *Deployment Psychology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Grzywacz, J. y Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*, 26, 3, 101-115.
- Glueck, B. (1916). The malingerer: A clinical study. En B. Glueck. *Studies in Forensic Psychiatry. Criminal Science Monograph, 2, Supplement to the Journal of The American Institute of Criminal Law and Criminology*. Boston: Little, Brown, and Company. Visto en <http://www.gutenberg.org> el 16/04/2011.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. NJ: Prentice Hall.
- González-Ordi, H. y Iruarrizaga Díez, I. (2005). Evaluación de las distorsiones de respuestas mediante el MMPI- 2. *Papeles Del Psicólogo*, 26, 129–137.
- González-Ordi, H. y Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H., Santamaría, P. y Capilla, P. (2012). La simulación como estilo de respuesta. En H. González Ordi, P. Santamaría Fernández y P. Capilla Ramírez: *Estrategias de detección de la simulación: Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 19-64). Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P. y Matalobos Veiga, B. (2008). Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*, 19, 3, 393-415.
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P. y Casado Morales, M.I. (2012). Trastornos de ansiedad. En H. González Ordi, P. Santamaría Fernández y P. Capilla Ramírez: *Estrategias de detección de la simulación: Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 461-504). Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P., Santamaría Fernández, P. y Casado Morales, M.I. (2012). Abordaje multidisciplinar para la detección de la

- simulación en lumbalgia crónica. *Trauma Fundación Mapfre*, 23, 3, 145-154.
- Goodwin, B. E., Sellbom, M., & Arbisi, P. A. (2013). Posttraumatic stress disorder in veterans: The utility of the MMPI-2-RF validity scales in detecting overreported symptoms. *Psychological Assessment*, 25(3), 671-678. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0032214
- Gough, H.G. (1947). Simulated patterns on the MMPI, *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 42(2), 215-225.
- Gough, H.G. (1950). The *F* minus *K* Dissimulation Index for the MMPI. *J. consult. Psychol.*, 14, 408.
- Gough, H.G. (1954). Some common misconceptions about neuroticism. *J. consult. Psychol.*, 18, 287-292.
- Granacher, R.P. y Berry, D. (2008). Feigned Medical Presentations. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (pp. 145-156). 3ª ed. Nueva York: Guilford Press.
- Green, P. (2008). Malingering and defensiveness on the MMPI-2. En R. Rogers (Ed.): *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (pp. 159-181). 3ª ed. New York: Guildford Press.
- Green, P., Rohling, M.L., Lees-Haley, P.R. y Allen, L.M. (2001). Effort has a greater effect on test scores than severe brain injury in compensation claimants. *Brain Injury*, 15, 1045-1060.
- Greiffenstein, M. F., Fox, D. y Lees-Haley, P. R. (2007). The MMPI-2 Fake Bad Scale in detection of noncredible brain injury claims. En K. B. Boone (Ed.), *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (pp. 210-235). Nueva York: Guilford Press.
- Greve K.W., Ord, J.S., Bianchini, K.J. y Curtis, K.L. (2009). Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychologic evaluation in a medico-legal context, *Arch Phys Med Rehabil*, 90, 1117-1126.

- Griffin, G.A., Normington, J., May, R. y Glassmire, D. (1996). Assessing dissimulation among Social Security disability income claimants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6, 1425-1430.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. NJ: Prentice Hall.
- Guija Fernández, J. A. (1971). Simulation. *Archivos De Psiquiatría*, 34(3), 185-208.
- Guriel, J. y Fremouw, W. (2003). Assessing malingered posttraumatic stress disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 23, 881-904.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (2007). *Análisis Multivariante*, (5ª ed.). Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Hall, H.V. y Poirier, J.G. (2000a). Introduction. En H.V. Hall y J.G. Poirier (Eds.): *Detecting Malingering and Deception*. Forensic Distortion Analysis. Florida: CRC Press.
- Hall, H.V. y Poirier, J.G. (2000b). Post-Traumatic Stress Disorder and deception. En H.V. Hall y J.G. Poirier (Eds.): *Detecting Malingering and Deception*. Forensic Distortion Analysis (pp. 171-204). Florida: CRC Press.
- Hall, H.V. y Poirier, J.G. (2000c). Faked amnesia and recall skills. En H.V. Hall y J.G. Poirier (Eds.): *Detecting Malingering and Deception*. Forensic Distortion Analysis (pp. 269-283). Florida: CRC Press.
- Hall, H.V. y Poirier, J.G. (2000d). Hallucinations and deception. En H.V. Hall y J.G. Poirier (Eds.): *Detecting Malingering and Deception*. Forensic Distortion Analysis (pp. 305-312). Florida: CRC Press.
- Halligan, P.W., Bass, C. y Oakley, D.A. (2006). Wilful deception as illness behavior. En P.W. Halligan, C. Bass y D.A. Oakley (Eds.). *Malingering and Illness Deception*. New York: Oxford University Press.
- Harp, J. P., Jasinski, L. J., Shandera-Ochsner, A. L., Mason, L. H. y Berry, D. T. R. (2011). Detection of Malingered ADHD Using the MMPI-2-RF.

- Psychological Injury and Law, 4(1), 32–43. doi:10.1007/s12207-011-9100-9
- Harris, D.H. (1944). Low incidence of malingering among navy draftees. *Naval Medical Bulletin*, 43, 737–738.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1942). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hawes, S. W. y Boccaccini, M. T. (2009). Detection of Overreporting of Psychopathology on the Personality Assessment Inventory: A Meta-Analytic Review. *Psychological Assessment*, 21(1), 112–124. doi:10.1037/n0015036
- Haynes, S.N. y O’Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy, *Clinical Psychology Review*, 10, 649–668.
- Higino (2009). *Fábulas Mitológicas*. Madrid: Alianza.
- Hill, D. (2009). *Detecting Malingering in Correctional Settings: A Comparison of Several Psychological Tests* (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://commons.pacificu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1227&context=spp>
- Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI y Koffman RL. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care, *New England Journal of Medicine*, 351, 13–22.
- Holden, C. (2007). Iceman’s final hours, *Science*, 316.
- Hopwood, C. J., Orlando, M. J. y Clark, T. S. (2010). The detection of malingered pain-related disability with the Personality Assessment Inventory. *Rehabilitation Psychology*, 55(3), 307–310. doi:10.1037/a0020516
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Rogers, R. y Sewell, K. (2007). Malingering on the Personality Assessment Inventory: identification of specific feigned disorders. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 43–48.
- Homero (2010, version). *La Odisea*. USA: Plaza Editorial.

- Hosmer, D. W. y Lemeshow, S. (2000). Applied logistic regression. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Hullet, A.G. (1941). Malingering: a study. *Military Surgeon*, 89, 129-139.
- Hunt, W.A. (1946). The detection of malingering: a further study. *U.S. Naval Medical Bulletin*, 46, 249-254.
- Hunt, H.F. (1948). The effect of deliberate deception on MMPI performance. *J. consult. Psychol*, 12, 396-402.
- Hunt, W.A. y Older, H. J. (1943). Detection of malingering through psychometric tests. *Naval Medical Bulletin*, 41, 1318-1323.
- Hutchinson, G. L. (2001). *Disorders of simulation: Malingering, factitious disorders and compensation neurosis*. Madison, CT: Psychosocial Press.
- Iancu, I., Ben-Yehuda, Y., Yazvitzky, R., Rosen, Y. y Knobler, H.Y. (2003). Attitudes towards malingering: a study among general practitioners and mental health officers in the military. *Medicine and law*, 22, 3, 373-389.
- Inman, T. H., Vickery, C. D., Berry, D. T. ., Lamb, D. G., Edwards, C. L. y Smith, G. T. (1998). Development and initial validation of a new procedure for evaluating adequacy of effort given during neuropsychological testing: The letter memory test. *Psychological Assessment*, 10(2), 128-139.
- Iverson, R.D., Olekalns, M. y Erwin, P.J. (1998). Affectivity, organizational stressors, and absenteeism: A causal model of burnout and its consequences, *Journal of Vocational Behavior*, 52(1), 1-23.
- Jex, S.M. y Bliese, P.D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: A multilevel study. *Journal of applied psychology*, 84, 3, 349-361.
- Johnson, J.L. y O'Leary-Kelly, A.M. (2003). The effects of psychological contract breach and organizational cynicism: not all social Exchange violations are created equal. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 627-647.

- Jones, A., & Ingram, M. V. (2011). A comparison of selected MMPI-2 and MMPI-2-RF validity scales in assessing effort on cognitive tests in a military sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 25(7), 1207-1227. Retrieved from: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/964203039?accountid=14514>
- Jones, A., Ingram, M. V., & Ben-Porath, Y. (2012). Scores on the MMPI-2-RF scales as a function of increasing levels of failure on cognitive symptom validity tests in a military sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 26(5), 790-815. Retrieved from: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/1034513282?accountid=14514>
- Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T. y Scott, R.A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*, New York: Freeman.
- Kaczanowski, G. (1939). Enuresis in soldiers. *Lekarz Wojskowy*, 33, 90-93. Retrieved from: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/615098414?accountid=14514>
- Kahn, S. (1943). Malingering in the army. *Medical Record. New York*, 156, 416-418.
- Kalman, G. (1977). On combat neurosis: Psychiatric experience during the recent middle east war. *International Journal of Social Psychiatry*, 23(3), 195-203.
- Kalunta, A. (1987). Experience of a non-military psychiatrist during the 1966-1970 Nigerian Civil War in the area of "Biafra". En G. Belenky (Ed.), *Contemporary Studies in Combat Psychiatry*. 133-141. New York: Greenwood Press.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-309.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. Nueva York: Hoeber.



- Karlsson, N. E., Carstensen, J. M., Gjesdal, S. y Alexanderson, K. A. E. (2008). Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on longterm sick leave in Sweden. *The European Journal of Public Health*, 18, 224-231. doi: 10.1093/eurpub/ckm128.
- Keen, W.M., Mitchell, S.W., y Morehouse, G. (1864). On malingering, especially in regard to simulation of diseases of the nervous system. *American Journal of Medical Science*, 48, 367-74.
- Kleinman, S. y Stewart, L. (2004). Psychiatric-legal considerations in providing mental health assistance to disaster survivors. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 3, 559-570.
- Knowles, J. (1977). *Doing better and feeling worse: Health in the United States*. New York: Norton.
- Korabik, K., McElwain, A., y Chappel, D. B. (2008). Integrating Gender-related issues into Research on Work and Family. En K. Korabik, D. Lero y D. Whitehead (Eds). *Handbook of Work-Family Integration: Research, Theory and Best Practices*. (pp. 215-232). San Diego, California: Elsevier.
- Kropp, P.R. y Rogers, R. (1993). Understanding malingering: motivation, method, and detection. En M. Lewis y C. Saarni (Eds.), *Lying and deception in everyday life* (pp. 201-216). New York: The Guilford Press.
- Kucharski, L.T., Duncan, S. (2007). Differentiation of mentally ill criminal defendants from malingerers on the MMPI-2 and PAI. *American Journal of Forensic Psychology*, 25(3).
- Kucharski, L. T., Johnsen, D., & Procell, S. (2004). The utility of the MMPI-2 Infrequency Psychopathology F(p) and the revised Infrequency Psychopathology scales in the detection of malingering. *American Journal of Forensic Psychology*, 22, 33 -40.
- Kucharski, L.T., Duncan, S., Egan, S.S. y Falkenbach, D.M. (2006). Psychopathy and malingering of psychiatric disorders in criminal defendants. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 633-644.

- Kucharski, L.T., Toomey, J.P., Fila, K. y Duncan, S. (2007). Detection of Malingering of Psychiatric Disorder With the Personality Assessment Inventory: An Investigation of Criminal Defendants. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 25-32.
- Kuhn, T.S. (1962/ 2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. (8ª reimpresión). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Laffoon, L. L. (2009). *Detecting Feigning in a Correctional Setting: A Comparison of Multiple Measures* (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://commons.pacificu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1219&context=spp>
- Lewin, K. (1936). *A dynamic theory of personality*. Nueva York: McGraw-Hill. (Trad. Cast.: *Dinámica de la personalidad*, Madrid, Morata).
- Lewin, K., Lippitt, R. y White, R.K. (1939). Patterns of aggressive behaviour in experimentally created "social climates". *Journal of Social Psychology*, 10, 271-301.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (2004). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2004). Los tratamientos psicológicos hoy: la búsqueda de la idoneidad. En F.J. Labrador, E. Echeburúa y E. Becoña (Eds.): *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lande, R.G y Williams, L.B. (2013) Prevalence and characteristics of military malingering. *Military Medicine*, 178, 1, 50-54.
- Lange, R. T., Sullivan, K. A. y Scott, C. (2010). Comparison of MMPI-2 and PAI validity indicators to detect feigned depression and PTSD symptom reporting. *Psychiatry Research*, 176(2-3), 229-235. doi:10.1016/j.psychres.2009.03.004

- Langeluddecke, P.M. y Lucas, S.K. (2003). Quantitative measures of memory malingering on the Wechsler Memory scale-third edition in mild head injury litigants. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 181-197.
- Larra y Cerezo, A. (1902). Simulación de Hacerse el Loco. *Cruz Roja*, 4ª época 4 (712).
- Larrabee, G.J. (2003). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological test. *Clinical Neuropsychology*, 17(3), 410-425.
- Larrabee, G.J. (2005). *Forensic neuropsychology: A scientific approach*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward better research on stress and coping, *American Psychologist*, 55, 6, 665-673.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Ed. Martínez Roca S.A.
- Leamon, M.H., Feldman, M.D. y Scott, C.L. (2005). Trastornos facticios y simulación. En R.E. Hales y S.C. Yudofsky (Eds.): *Tratado de Psiquiatría Clínica* (pp. 691-707). Barcelona: Masson.
- Less-Haley, P.R. (1992). Efficacy of MMPI-2 validity scales and MCMI-II modifier scales for detecting spurious PTSD claims: F, F-K, fake bad scale ego strength, subtle-obvious subscales, DIS and DEB. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 5, 681-689.

- Lees-Haley, P. R., English, L. T. y Glenn, W. J. (1991). A Fake Bad Scale on the MMPI-2 for personal injury claimants. *Psychological Reports*, 68(1), 203-210.
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lewin, K., Lippitt, R., White, R.K. (1939). Patterns of aggressive behaviour in experimentally created "social climates". *Journal of Social Psychology*, 10, 271-299.
- Liljequist, L. (1997). An investigation of malingering Posttraumatic Stress Disorder on the Personality Assessment Inventory. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (7-B).
- Liljequist, L., Kinder, B. N., & Schinka, J. A. (1998). An investigation of malingering posttraumatic stress disorder on the personality assessment inventory. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 322-336.
- Lilienfeld, S.O. (2012). Public skepticism of psychology. Why many people perceive the study of human behavior as unscientific. *American Psychologist*, 67(2), 111-129.
- Lilienfeld, S.O. y Fowler, K.A. (2006). The self-report assessment of psychopathy. En C.J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy* (pp. 107-132). Nueva York: The Guildford Press.
- Lipowski, Z.J. (1977). Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *American Journal of Psychiatric*, 134, 233-244.
- Llaquet, L.J. (2006). Tribunal Médico Psiquiátrico de las Fuerzas Armadas. En R.M. Lozano (Ed.): *Los Tribunales Médicos Militares*. Madrid: Ministerio de Defensa.
- Lo, S. y Aryee, S. (2003). Psychological contract breach in a Chinese context: an integrative approach. *Journal of Management Studies*, 40, 1.005-1.020.

- Locke, E.A. (1976). *The nature and causes of job satisfaction: Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally.
- Locke, E.A. (1984). Job satisfaction. *Social Psychology and Organizational Behaviour*. Chichester: Wiley.
- López, E. y Costa, M. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas, despatologizar la psicología clínica. *Papeles del psicólogo*, 33, 3, 162-171.
- López, E. y Costa, M. (2013). Despatologizar y emancipar a la psicología clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del psicólogo*, 34, 3, 169-181.
- López, E. y Costa, M. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades. Un análisis crítico radical de la ficción psicopatológica*. Madrid: Pirámide.
- Lozano, M.R. et al. (2006a). Recuerdo histórico. En R.M. Lozano (Ed.): *Los Tribunales Médicos Militares*. Madrid: Ministerio de Defensa.
- Lozano, M.R. et al. (2006b). Tribunales Médico-Militares. En R.M. Lozano (Ed.): *Los Tribunales Médicos Militares*. Madrid: Ministerio de Defensa.
- Lu, L., Tseng, H-J. y Cooper, C.L. (1999). Managerial stress, job satisfaction and health in Taiwan. *Stress Medicine* 15(1), 53-64.
- Ludendorff, E.V. (1964). *La Guerra Total*. Buenos Aires: Pleamar.
- Ludwig, A. O. (1944). Clinical features and diagnosis of malingering in military personnel; use of barbiturate narcosis as an aid in detection. *War Medicine.Chicago*, 5, 378-382.
- Ludwig, A. O. (1949). Malingering in combat soldiers. *Bulletin.United States Army Medical Department*, 9, 26-32.
- Lynn, E.J. y Belza, M. (1984). Factitious posttraumatic stress disorder: The veteran who never got to vietnam. *Hospital & Community Psychiatry*, 35(7), 697-701. Retrieved from: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/617038270?accountid=14514>

- Malleson, A. (2002). *Whiplash and other useful illnesses*. Canada: McGill-Queen's University Press.
- Malone, R.D y Lange, C.L. (2007). A clinical approach to the malingering patient, *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 35, 13-21.
- Marion, B. E., Sellbom, M. y Bagby, R. M. (2011). The Detection of Feigned Psychiatric Disorders Using the MMPI-2-RF Overreporting Validity Scales: An Analog Investigation. *Psychological Injury and Law*, 4, 1– 12. doi:10.1007/s12207-011-9097-0
- Martens, M., Donders, J. y Millis, S.R. (2001). Evaluation of invalid response sets after traumatic head injury. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, 1-18.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W.B. Shaufeli, C. Maslach y T. Marek (cords.), *Professional Burnout: Redent developments in theory and research* (pp. 19-32). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Massons, J.M. (1994). *Historia de la Sanidad Militar Española, Tomo IV*. Barcelona: ED. Pomares.
- Masten, A.S., Moon, A.R. y Supkoff, L.M. (2011). Resilience in children and adolescents. En S.M. Southwick, B.T. Litz, D. Charney y M.J. Friedman (Eds.): *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mathieu, J. E. y Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 180, 171-1.
- Mejías Eleta, J. (2007). *Las Bajas Psiquiátricas en las FAS*. Monografía realizada para el IX Curso de Ascenso al empleo de General de Brigada/Contraalmirante. Escuela Superior de las Fuerzas Armadas (CESEDEN).

- Meyer, J.P. y Allen, N.J. (1991). A three component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1, 61-98.
- McCaffrey, R.J. y Weber, M. (1999). A clinical approach to evaluating malingering in forensic neuropsychological evaluations', *Revista Española de Neuropsicología*, 2, 3, 21-36.
- McDermott, B.E. y Feldman, M.D. (2007). Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 645-662.
- McDermott, B.E., Dualan, I.V. y Scott, C.L. (2013). Malingering in the correctional system: Does incentive affect prevalence? *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 287-292.
- McNally, R.J. (2007). Can we solve the mysteries of the National Vietnam Veterans Readjustment Study? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 192-200.
- Meehl, P.E. y Hathaway, S.R. (1946). The K factor as a suppressor variable in the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, *Journal of Applied Psychology*, 30, 525-564.
- Mejías Eleta, J. (2007). *Las Bajas Psiquiátricas en las FAS*. Monografía realizada para el IX Curso de Ascenso al empleo de General de Brigada/Contraalmirante. Escuela Superior de las Fuerzas Armadas (CESEDEN).
- Mental Health Advisory Team (MHAT) 6. (2009). Operation Enduring Freedom 2009, Afghanistan. Office of the Command Surgeon US Forces Afghanistan (USFOR-A) and Office of The Surgeon General United States Army Medical Command. US Army. Retrieved from: [www.armymedicine.mil](http://www.armymedicine.mil) el 03/02/2014.
- Merckelbach, H. y Smith, G. P. (2003). Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(2), 145-152. doi:10.1016/S0887-6177(01)00191-3

- Merckelbach, H. y Merten, T. (2012). A note on cognitive dissonance and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 26, 7, 1217-1229. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13854046.2012.710252>
- Merino Delgado, T. (1851). Sobre las enfermedades simuladas con aplicación a la de los soldados. *Biblioteca Médica Castrense*, 3 (151).
- Merskey, H. ( 1979). *The Analysis of Hysteria*. London: Gaskell.
- Merriam-Webster. (2001). "Malingering". En *Merriam-Webster.com*. Recuperado de: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/malingering>
- Miller, H.A. (2001). *Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST): Profesional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E.M., y Condit, D.C. (2002). Base Rates of Malingering and Symptom Exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 24(8), 1094-1102.
- Mohino Justes, S., Dolado Cuello, J., Arimany Manso, J., Ortega-Monasterio, L., Cuquerella Fuentes, A., Vilardell Molas, J. y Planchat Teruel, L.M. (2004). Relationship between malingered psychometric profiles and personality styles in prisoners. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 264-268.
- Moloney, J. C. (1949). Peace neurosis and war neurosis. *The magic cloak: A contribution to the psychology of authoritarianism*.(pp. 220-224) Montrose Press, Wakefield, MA. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/13249-012>
- Moran, E. y Volwein, J. (1992). The cultural approach to the formation of organizational climate. *Human relations*, 45, 19-45.
- Mark, M., Fischer, U., Rabinowitz, S., Ribak, J. y Zimran, A. (1987). Malingering in the military: Understanding and treatment of the behavior. *Military Medicine*, 152(5), 260-262. Retrieved from: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/617436408?accountid=14514>



- Merten, T., Lorenz, R. y Schlatow, S. (2010). Posttraumatic Stress Disorder Can Easily Be Faked, but Faking Can Be Detected in Most Cases. *Germ J Psychiatr*, 13, 140–149.
- Merten, Th., Thies, E., Schneider, K. y Stevens, A. (2009). Symptom validity testing in claimants with alleged posttraumatic stress disorder: comparing the Morel Emotional Numbing Test, the Structured Inventory of Malingered Symptomatology and the Word memory Test. *Psychological Injury and Law*, 2, 284-293.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory- II Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory- III Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mogge, N.L. y Lepage, J.S. (2004). The Assessment of Depression Inventory (ADI): A new instrument used to measure depression and to detect honesty of response. *Depression and Anxiety*, 20, 107-113.
- Mogge, N. L., LePage, J. P., Bell, T. y Ragatz, L. (2010). The negative distortion scale: a new PAI validity scale. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(1), 77–90. doi:10.1080/14789940903174253
- Mogge, N.L. y Lepage, J.S. (2004). The Assessment of Depression Inventory (ADI): A new instrument used to measure depression and to detect honesty of response. *Depression and Anxiety*, 20, 107-113.
- Mogge, N.L., Lepage, J.S., Bell, T. y Ragatz, L. (2009). The negative distortion scale: a new PAI validity scale. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*.
- Morales Rodríguez, P.P., Medina Amor, J.L., Gutiérrez Ortega, C., Abejaro de Castro, L.F., Hijazo Vicente, L.F. y Losantos Pascual, R.J. (en prensa). Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la Junta

Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española, *Sanidad Militar*.

- Morel, K.R. (1998). Development and preliminary validation of a forced-choice test of response bias for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 70, 2, 299-314.
- Morey, L.C. (1991). *Professional manual for the Personality Assessment Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L.C. (1996). *An Interpretive Guide to the Personality Assessment Inventory (PAI)*. Psychological Assessment Resources, Florida.
- Morey, L.C. (2003). *Essentials of PAI assessment*. New York: Wiley
- Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory (PAI). Professional manual (2a Ed.)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Muñoz, M. (2002). *Evaluación Psicológica Clínica*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, M., Roa Álvaro, A., Pérez Santos, E., Santos-Olmo Sánchez, A.B. y de Vicente Colomina, A. (2002). Instrumentos y proceso de evaluación. En M. Muñoz López, A. Roa Álvaro, E. Pérez Santos, A.B. Santos-Olmo Sánchez y A. de Vicente Colomina (Eds.). *Instrumentos de evaluación en salud mental* (pp. 13-33), Madrid: Pirámide.
- Murphy, E.L. (1950). The lost art of malingering, *Irish Journal of Medical Science*. 296 (Ser.6), 375-381.
- Nelson, D.L. y Simmons, BL. (2003). Health psychology and work stress: a more positive approach. En J.C. Quick y LE. Tetrick (ed): *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 97-119). Washington: APA.
- Nelson, N. W., Sweet, J. J., & Demakis, G. J. (2006). Meta-Analysis of the MMPI-2 Fake Bad Scale: Utility in forensic practice. *The Clinical Neuropsychologist*, 20(1), 39-58.
- Norris, M.P. y May, M.C. (1998). Screening for malingering in a correctional setting. *Law and Human Behavior*, 22, 315-323.

- Niesten, I.J., Nentjes, L., Merckelbach, H. y Bernstein, D.P. (2015). Antisocial features and "faking bad": A critical note. *International Journal of law and psychiatry*, Available online 2 April 2015.
- Ord, J., Greve, K.W., Bianchini, K.J. y Curtis, K.L. (2007). *Prevalence of malingering in chronic pain: A comparison of two diagnostic systems*. Poster presented at the 35<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Neuropsychological Society, Portland, Oregon.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Medicor.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica*. Ginebra: OMS.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Palmer, I.P. (2006). Malingering, shirking, and self-inflicted injuries in the military. En P.W. Halligan, C. Bass y D.A. Oakley (Eds.). *Malingering and Illness Deception*. New York: Oxford University Press.
- Pankratz, L. y Sparr, L. (1984). On confronting the vietnam veteran: Reply. *The American Journal of Psychiatry*, 141(3), 473. Retrieved from: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?docview/616897575?accountid=14514>
- Pankratz, L. y Binder, L.M. (1997). Malingering on intellectual and neuropsychological measures. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2<sup>a</sup> ed., pp. 223-236). New York: Guilford Press.
- Parasuraman, S., Greenhaus, J. H. y Granrose, C. S. (1992). Role stressors, social support, and well-being among two-career couples. *Journal of Organizational Behavior*, 13(4), 339-356.

- Paulhus, D.L. (2002). Socially desirable responding: evolution of a construct. En H.I. Brown y D.N. Jackson (Eds.): *Role of constructs in Psychological and educational measurement* (pp. 49-69). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Peiró, J.M. (1999). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.
- Peiró, J.M. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29, 68-82.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2008). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Coor.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Peterson, C., Park, N. y Castro, C.A. (2011). Assessment for the U.S. Army Comprehensive Soldier Fitness Program: The Global Assessment Tool. *American Psychologist*, 66, 1, 10-18.
- Pettigrew, A.M. (1979). On studying organizational cultures. *Administrative Science Quarterly*, 24, 570-581.
- Pérez Estévez, R.M. (1976). *El problema de los vagos en la España del siglo XVIII*, Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros.
- Pierson, A.M., Rosenfeld, B., Green, D. y Belfi, B. (2011). Investigating the relationship between Antisocial Personality Disorder and malingering. *Criminal Justice and Behaviour*, 38, 2, 146-156.
- Pinker, S. (2012). *Los ángeles que llevamos dentro, el declive de la violencia y sus implicaciones*. Barcelona: Espasa Libros S.L.U.
- Pleck, J. H. (1977). The work-family role system. *Social Problems*, 24, 417-427.
- Pollack, S. (1982). Dimensions of malingering. En B.H. Gross y L.E. Weinburger (Eds.): *New directions for mental health services: The mental health profesional and the legal system* (pp. 63-75). San Francisco: Jossey-Bass.

- Poythress, N.G., Edens, J.F. y Watkins, M.M. (2001). The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness. *Law and Human Behavior*, 25, 6, 567-582.
- Popper, K. (1959). *The logic of scientific discovery*. New York: Basic Books.
- Prado Ordoñez, M. (2010). ¿Histeria, simulación o neurosis de renta? *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3, 1.
- Province, C. M. (1984). *The Unknown Patton*. New York: Bonanza Books.
- Quezada-Ortega, M. R., Razo-Mondragón, J. L. P., Marín-Cotoñieto, I. A., Salinas-Tovar, S. y López-Rojas, P. (2006). Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral. *Gaceta médica de México*, 142(2), 109-112.
- Ramos, F., Peiró, J.M. y Ripoll, P. (1996). Condiciones de Trabajo y Clima laboral. En J.M. Peiró y F. Prieto (eds): *Tratado de Psicología del Trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Ranson, S.W. (1949). Military medicolegal problems in field psychiatry. *Bulletin United States Army Medical Department*, 9, 181-188.
- Read, C.S. (1920). Malingering- Suicide. En C. Standford Read (Ed.): *Military psychiatry in peace and war* (pp. 150-155). London: H.K. Lewis.
- Real Academia Española. (2001). "Simulación". En *Diccionario de la lengua española* (22.ª ed.). Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=simular>
- Resnick, P.J. y Knoll, J.L. (2008). Malingered psychosis. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (pp. 51-68). (3ª Ed.) Nueva York: Guilford Press.
- Resnick, P.J., West, S. y Payne, J.W. (2008). Malingering of posttraumatic disorders. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (pp. 109-127). (3ª ed.) Nueva York: Guilford Press.

- Richards, L. (2010). Malingering and Desertion. En L. Richards (Ed.): *The Black Art. The British Malingering & Desertion Campaign against the Third Reich*. East Sussex, UK: www.psywar.org. 129-149.
- Ritchie, E.C. (1997). Malingering and the United States Military. En R.G. Lande y D.T. Armitage (Eds.): *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Illinois: Charles C. Thomas.
- Robinson, S.L. (1996). Trust and breach of the psychological contract. *Administrative Science Quarterly*, 41, 574-599.
- Robinson, S.L. y Rousseau, D.M. (1994). Violating the psychological contract: not the exception but the norm. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 245-259.
- Robles Sánchez, J.I. y Medina Amor, J.L. (2002). Introducción. En J.I. Robles Sánchez y J.L. Medina Amor (Eds.). *Intervención psicológica en catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- Rogers, R. (1984). Towards an empirical model of malingering and deception. *Behavioral Sciences & the Law*, 2, 1, 93-111.
- Rogers, R. (1990a). Development of a new classificatory model of malingering. *American Academy of Psychiatry and Law*, 18, 323-333.
- Rogers, R. (1990b). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 182-188.
- Rogers, R. (1992) *Structured Interview of Reported Symptoms*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R. (1997). Introduction. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 1-19). 2ª ed. Nueva York: The Guilford Press.
- Rogers, R. (1998a). Assessment of malingering on psychological measures: A synopsis. En G.P. Koocher, J.C. Norcross y S.S. Hill, (Eds.), *Psychologist's desk reference* (pp. 53-57). New York: Oxford University Press.

- Rogers, R. (1998b). The uncritical acceptance of risk assessment: a dangerous enterprise in forensic evaluations. Paper presented at the *American Psychology-Law Society Biennial conference*, Redondo Beach, CA.
- Rogers, R. (2008a). An introduction to response styles. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3ª Ed., pp. 3-13). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. (2008b). Detection strategies for malingering and defensiveness. En R. Rogers (Ed.): *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3ª Ed., pp. 14-35). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. (2008c). Structured interviews and dissimulation. En R. Rogers (Ed.): *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3ª Ed., pp. 301-322). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. (2008d). Current status of Clinical Methods. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 391-410). Nueva York: The Guilford Press.
- Rogers, R. y Reinhardt, V. R. (1998). Secondary gain: A clinical construct in search of consensus. En G. P. Koocher, J. C. Norcross y S. S. Hill III (Eds.), *Psychologist's desk reference*. Oxford: Oxford University Press.
- Rogers, R. y Cruise, K. (2000). Malingering and deception among psychopaths. En C.B. Gacono (Ed.), *The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy: A Practitioner's Guide* (pp. 269-284). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rogers, R. y Cruise, K. (2000). Malingering and deception among psychopaths. En C.B. Gacono (Ed.), *The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy: A Practitioner's Guide* (pp. 269-284). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rogers, R. y Neumann, C.S. (2003). Conceptual issues and explanatory models of malingering. En P.W. Halligan, C. Bass y D.A. Oakley (Eds.), *Malingering and illness deception* (pp. 71-82). Oxford, UK: Oxford University Press.

- Rogers, R. y Bender, S.D. (2003). Evaluation of Malingering and Deception. En A. M. Goldstein (Ed.), *Handbook of Psychology*. Vol. 11: Forensic Psychology (pp.109-129). New Jersey: Wiley.
- Rogers, R., Bender, S.D. y Johnson, S.F. (2011a). A critical analysis of the MND criteria for feigned cognitive impairment: Implications for forensic practice and research. *Psychological Injury and Law*, 4, 147-156.
- Rogers, R., Bender, S.D. y Johnson, S.F. (2011b). A commentary on the MND model and the Boone critique: "Saying it doesn't make it so". *Psychological Injury and Law*, 4, 162-167.
- Rogers, R., Bagby, R.M. y Dickens, S.E. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R., Bagby, R.M. y Gillis, J.R. (1992). Improvements in the M Test as a screening measure for malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 20, 1, 101-104.
- Rogers, R., Duncan, J.C. y Sewell, K.W. (1994). Prototypical analysis of antisocial personality disorder: DSM-IV and beyond. *Law and Human Behavior*, 18, 471-484.
- Rogers, R., Gillis, J.R. y Bagby, R.M. (1990). The SIRS as a measure of malingering: A validation study with a correctional sample. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 85-92.
- Rogers, R., Jackson, R. y Kaminski, P. (2005). Factitious Psychological Disorders: The Overlooked Response Style in Forensic Evaluations. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 5(1), 21-41. doi:10.1300/J158v05n01\_02
- Rogers, R., Ornduff, S. R. y Sewell, K. W. (1993). Feigning specific disorders: a study of the Personality Assessment Inventory (PAI). *Journal of Personality Assessment*, 60(3), 554-560.



- Rogers, R., Sewell, K.W. y Goldstein, A.M. (1994). Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, 18, 5, 543- 552.
- Rogers, R. Sewell, K.W. y Salekin, R.T. (1994). A meta-analysis of malingering on the MMPI-2. *Assessment*, 1, 227-237.
- Rogers, R. Sewell, K.W. y Gillard, N.D. (2010). *Structured Interview of Reported Symptoms –SIRS- 2, Professional Manual*. 2ª ed. Lutz, Florida: PAR.
- Rogers, R., Sewell, K.W., Morey, L.C. y Ustad, K.L. (1996). Detection of feigned mental disorders on the Personality Assessment Inventory: A discriminant analysis. *Journal of Personality Assessment*, 67, 629-640.
- Rogers, R. Sewell, K.W., Martin, W.A. y Vitacco, M.J. (2003). Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. *Assessment*, 10, 160-177.
- Rogers, R., Gillard, N. D., Berry, D. T. R. y Granacher, R. P. (2011). Effectiveness of the MMPI-2-RF Validity Scales for Feigned Mental Disorders and Cognitive Impairment: A Known-Groups Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 355-367. doi:10.1007/s10862-011-9222-0
- Rogers, R., Gillard, N. D., Wooley, C. N. y Ross, C. A. (2012). The Detection of Feigned Disabilities The Effectiveness of the Personality Assessment Inventory in a Traumatized Inpatient Sample. *Assessment*, 19(1), 77-88. doi:10.1177/1073191111422031
- Rogers, R., Salekin, R.T., Sewell, K.W., Goldstein, A. y Leonard, K. (1998). A comparison of forensic and nonforensic malingerers: A prototypical analysis of explanatory models. *Law and Human Behavior*, 22, 353-367.
- Rosch, E. (1973). On the internal structure of perceptual and semantic categories. En T.E. Moore (Ed.), *Cognitive development and the acquisition of language* (pp. 111-144). New York: Academic Press.

- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. En E. Rosh y B.B. Lloyd (Eds.), *Cognition and categorization* (pp. 27-48). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rosen, G. M. (2004). Malingering and the PTSD data base. In: G. M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: issues and controversies* (pp. 85-99). New York: Wiley.
- Rosenberg, S. J., & Feldberg, T. M. (1944). Rorschach characteristics of a group of malingerers. *Rorschach Research Exchange*, 8, 141-158.
- Rosenfeld, B., Sands, S.A. y Van Gorp, W.G. (2000). Have we forgotten the base rate problem? Methodological issues in the detection of distortion. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15(4), 349-359.
- Rosenhan, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 70, 250-258.
- Rousseau, D. (1985). Issues of level in organizational research: Multilevel and cross-level perspectives. En L.L. Cummings y B.M. Staw (Eds.): *Research in organizational behavior* (Vol. 7, pp. 1-37). Greenwich, CT: JAL.
- Rousseau, D. (1995). *Psychological contracts in organizations. Understanding Written and Unwritten Agreements*. London: Sage.
- Ruano Hernández, A. (2009). Prólogo. Simulación. En M.R. Widows y G.P. Smith. *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas, SIMS*. Adaptación española de H. González Ordi y P. Santamaría Fernández. Madrid: TEA Ediciones.
- Rubenzon, S. (2009). Posttraumatic stress disorder: Assessing response style and malingering. *Psychological Injury and the Law*, 2, 114- 142.
- Ruff, R.M., Wylie, T. Y Tennant, W. (1993). Malingering and malingering like aspects of mild closed head injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8, 3, 60-73.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. y Haynes, R.B. (2000). Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM (Vol. 2). London: Churchill Livingstone.

- Santamaría, P. (2009). Adaptación española del MMPI-2-RF. Madrid: TEA Ediciones.
- Santamaría, P. (2012). Metodología de investigación en simulación. En H. González-Ordi, P. Santamaría y P. Capilla (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. (pp. 105–152). Madrid: TEA Ediciones.
- Santamaría, P. (2014). *Utilidad diagnóstica del inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS) en población española*. Tesis doctoral, facultad de psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Santamaría, P. y González-Ordi, H. (2012). Evaluación mediante autoinforme. En H. González-Ordi, P. Santamaría y P. Capilla (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. (pp. 185–274). Madrid: TEA Ediciones.
- Santamaría, P., Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24, 139-151.
- Santamaría, P., González-Ordi, H., Capilla, P., Blasco, J. L. y Pallardo Durá, L. (2010, July). *La exageración de síntomas en el MMPI-2-RF. Comunicación* presented at the VII Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo, Asturias, España. Recuperado de: [http://www.teaediciones.com/teaasp/Ejemplos/Exageracion\\_MMPI-2-RF.pdf](http://www.teaediciones.com/teaasp/Ejemplos/Exageracion_MMPI-2-RF.pdf)
- Schmand, B., Lindeboom, J., Schagen, S., Heijt, R., Koene, T. y Hamburger, H.L. (1998). Cognitive complaints in patients after whiplash injury: the impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 64, 339-343.
- Schlicht, D. y Merten, T. (2014). The picture of malingered symptom presentation in public opinion. *Versicherungsmedizin*, 66 (3), 146-52.
- Schultz, D. P. (1985). *Psicología Industrial*. México: Interamericana.

- Scott, W. (1990). PTSD in DSM-III: a case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, 37, 294–310.
- Sellbom, M. y Bagby, R. M. (2008). Response styles on multi-scale inventories. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 182–206). Nueva York: The Guilford Press.
- Sellbom, M., Wygant, D. B. y Bagby, M. (2012). Utility of the MMPI-2-RF in detecting non-credible somatic complaints. *Psychiatry Research*, 197(3), 295–301. doi:10.1016/j.psychres.2011.12.043
- Sellbom, M., Toomey, J. A., Wygant, D. B., Kucharski, L. T. y Duncan, S. (2010). Utility of the MMPI-2-RF (Restructured Form) validity scales in detecting malingering in a criminal forensic setting: A known-groups design. *Psychological Assessment*, 22(1), 22–31. doi:10.1037/a0018222
- Selling, L.S. (1947). Malingering. *Synopsis of neuropsychiatry* (2nd ed.). (pp. 469-474) C V Mosby Co, St Louis, MO. doi:http://dx.doi.org/10.1037/14688-025
- Sewell, K.W. (2008). Dissimulation on Projective Measures. En R. Rogers (Ed.): *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (pp. 207-217). Nueva York, EE.UU.: Guilford Press.
- Sharland, M. J. y Gfeller, J. D. (2007). A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(2), 213–223. doi:10.1016/j.acn.2006.12.004
- Shea, S.J., McKee, GR., Craig-Shea, M.E. y Culley, D.C. (1996). MMPI-2 profiles of male pretrial defendants. *Behavioral Sciences and the Law*, 14, 331-338.
- Shephard, B (1999). Pitiless psychology: the role of deterrence in british military psychiatry in the Second World War. *History of Psychiatry*, X, 491-524.
- Shephard, B. (2001). *A war of nerves: soldiers and psychiatrists in the twentieth century*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Shively, S. B. y Perl, D.P. (2012). Traumatic brain injury, shell shock, and posttraumatic stress disorder in the military: Past, present and future. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 27, 3, 234-239.
- Silgo, M.G. (2013). Revisión de programas de resiliencia basados en la evidencia en los ejércitos. *Sanidad Militar*, 69, 3, 182-194.
- Silgo, M.G. (2015). Las prácticas basadas en la evidencia en psicología y en psicología militar. *Sanidad Militar*, 71, 1, 50-51.
- Silgo, M.G. y Robles, J.I. (2010). Estudio de las bajas temporales para el servicio por motivos psicológicos: Mejoras en la detección de psicopatología y simulación de trastorno mental en las Fuerzas Armadas. *Sanidad Militar*, 66, 3, 154-162.
- Silgo, M.G., Bardera, M.P., Sánchez, J.M. y Robles, J.I. (2012). Simulación de Psicopatología en Contextos Militares. En H. González Ordi, P. Santamaría Fernández y P. Capilla (Eds.) *Estrategias de Detección de Simulación: Un Manual Clínico Multidisciplinar*. TEA Ediciones: Madrid.
- Sivec, H.J., Lynn, S.J. y Garske J.P (1994). The effect of somatoform disorder and paranoid psychotic disorder role-related dissimulations as a response set on the MMPI-2. *Assessment*, 1, 69-81.
- Skinner, B. F. (1938). The behavior of organisms: An experimental analysis Appleton-Century, Oxford. Retrieved from: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/615079530?accountid=14514>
- Slick, D.J., Sherman, E.M. y Iverson, G.L. (1999). Diagnostic criteria for malingering neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.
- Slick, D.J., Tan, J.E., Strauss, E.H. y Hultsch, D.F. (2004). Detecting malingering: a survey of experts' practices. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 465-473.
- Slocher, M. (1896). *Tratado de las enfermedades simuladas y medios de reconocerlas*. Madrid: Romo.

- Slovenko, R. (1994). Legal aspects of post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 439-446.
- Smith, G.P. (2008). Brief screening measures for the detection of feigned psychopathology. En R. Rogers (Ed.): *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (pp. 323-339). Nueva York, EE.UU.: Guilford Press.
- Smith, D. W., & Frueh, B. C. (1996). Compensation seeking, comorbidity, and apparent exaggeration of PTSD symptoms among vietnam combat veterans. *Psychological Assessment*, 8(1), 3-6. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.8.1.3>
- Smith, G.P. y Burger, G.K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 183-789.
- Snyder, J.D. (1998). A clinical approach to treating the fraudulent malingerer (Order No. AAM9836024). Available from PsycINFO. (619379018; 1998-95024-178). Retrieved from: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/619379018?accountid=14514>
- Sparr, L. y Pankratz, L.D. (1983). Factitious posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 140(8), 1016-1019.
- Spitzer, R.L., First, M.B. y Wakefield, J.C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 233-241.
- Steenstra, I. A., Verbeek, J. H., Heymans, M. W. y Bongers, P. M. (2005). Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 851-860. doi: 10.1136/oem.2004.015842
- Sugar, H.S. (1942). Malingering in military ophthalmology, *Military Surgeon*, 91, 314-320.
- Sumanti, M., Boone, K.B., Savodnick, I. y Gorsuch, R. (2006). Noncredible psychiatric and cognitive symptoms in a workers' compensation "stress" claim sample. *Clinical Neuropsychologist*, 20, 754-765.

- Szazs, T.S. (1961/ 2008 3ª Ed.). *El mito de la enfermedad mental: Bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires: Avellaneda.
- Tancredi, F. (1945). Personalidades psicopáticas (o problema da simulação). *Imprensa Médica. Rio De Janeiro*, 21, 381, 72-76.
- Taylor, S., Frueh, B.C. y Asmundson, G.J.G. (2007). Detection and management of malingering in people presenting for treatment of posttraumatic stress disorder: Methods, obstacles, and recommendations. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 22-41.
- Thorndike, E. L. (1898). Animal Intelligence: An experimental study of the associative processes in animals. *Psychological Review Monograph Supplement*, 8, 551-553.
- Thorndike, E. L. (1927). The law of effect. *The American Journal of Psychology*, 39, 212-222. doi:<http://dx.doi.org/10.2307/1415413>
- Thorndike, E. L. (1933). A proof of the law of effect. *Science*, 77, 173-175. doi:<http://dx.doi.org/10.1126/science.77.1989.173-a>
- Thorpe, L. P., & Katz, B. (1948). The war neuroses. *The psychology of abnormal behavior: A dynamic approach*. (pp. 414-445) Ronald Press Company, New York, NY.
- Timbrook, R.E., Graham, J.R., Keiller, S.W. y Watts, D. (1993). Comparison of the Wiener-Harmon Subtle-Obvious scales and the standard validity scales in detecting valid and invalid MMPI-2 profiles. *Psychological Assessment*, 5, 53-61.
- Tizón García, J.L. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Aten Primaria*, 39, 2, 93-97.
- Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M. Menéndez Álvarez-Dardet, S. y López López, M.J. (2002). *El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología*, 18, 1, 45- 59.
- Trimble, M.R. (1981). *Post-traumatic neurosis from railway spine to whiplash*. Chichester, UK: Wiley.

- Turk DC. (1996). Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients, *Pain*, 68, 423-430.
- Turnley, W.H. y Feldman, D.C. (2000). Re-examining the effects of psychological contract violations: unmet expectations and job dissatisfaction as mediators. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 25-42.
- Valenzuela Garach, M.A. (2001). Simulación y disimulación de enfermedades y lesiones. En C. Hernández Cueto (Ed.). *Valoración Médica del Daño Corporal*. Barcelona: Masson.
- Vautier, V., Andruetan, Y., Clervoy, P. y Payen, A. (2010). La notion de simulation des troubles psychiques dans les armées. Évolution des idées. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 291-296.
- Vallejo Nájera, A. (1939). *La Simulación de Enfermedad*. Barcelona: A. Núñez.
- Van del Doef, M. y Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 1 (2), 87-114.
- Van Egmond, J. y Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *European Psychiatry*, 17, 46-54.
- Van Egmond, J., Kummeling, I. y Balkom, T. (2005). Secondary gain as hidden motive for getting psychiatric treatment. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20, 416-421.
- Vetter, S., Gallo, W.T., Rossler, W. y Lupi, G. (2009). The pattern of psychopathology associated with malingering tendencies at Basic Psychiatric Screening of the Swiss Armed Forces. *Military Medicine*, 174, 2, 153-157.
- Vidal, D. (1783). *Cirugía Forense o arte de hacer las relaciones quirúrgico-legales*. Barcelona: Ed. Facsimil.
- Vidal Lopez, R. (2012). Daño cerebral traumático. En H. González Ordi, P. Santamaría Fernández y P. Capilla Ramírez: *Estrategias de detección de*



- la simulación: Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 411-459). Madrid: TEA Ediciones.
- Viglione, D. J., Fals-Stewart, W., & Moxham, E. (1995). Maximizing internal and external validity in MMPI malingering research: A study of a military population. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 502-513.
- Vitacco, M.J. (2008). Syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 39-50). 3ª ed. Nueva York: The Guildford Press.
- Wade, D.T. y Halligan, P.W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?. *British Medical Journal*, 329, 1398-1401.
- Wallace, G. D. (1995). *The development and cross-validation of a malingering scale for the minnesota multiphasic personality inventory-2* (Order No. AAM9429123). Available from PsycINFO. (618739885; 1995-95001-077).
- Walters, G.D., Berry, D.T., Lanyon, R. y Murphy, M. (2009). Are exaggerated health complaints continuous or categorical? A taxometric analysis of the health problem overstatement scale. *Psychological Assessment*, 21, 219-226.
- Walters, G.D., Berry, D.T., Rogers, R., Payne, J.W. y Granacher, R.P. (2009). Feigned neurocognitive deficit: taxon or dimension? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31, 584-593.
- Walters, G.D., Rogers, R., Berry, D.T.R., Miller, H.A., Duncan, S.A., McCusker, P.J., Payne, J.W. y Granacher, R.P. (2008). Malingering as a categorical or dimensional construct: The latent structure of feigned psychopathology as measured by the SIRS and MMPI-2. *Psychological Assessment*, 20, 3, 238-247.
- Watson, P. (1982). *Guerra, persona y destrucción*. México D.F.: Nueva Imagen. (Original en inglés, 1978)

- Watson, C.G. (1990). Psychometric posttraumatic stress disorder measurement techniques: A review. *Psychological Assessment*, 2, 460-469.
- Waud, S.P. (1942). Malingering. *Military Surgeon*, 91, 535-538.
- Weiss, P. A., Bell, K. J. y Weiss, W. U. (2009). Use of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in Detecting Criminal Malingering. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25(1), 49-55. doi:10.1007/s11896-009-9056-9
- Wessely, S. (2006). Malingering: historical perspectives. En P.W. Halligan, C. Bass y D.A. Oakley (Eds.). *Malingering and Illness Deception*. New York: Oxford University Press.
- Whiteside, D., Dunbar-Mayer, P. y Waters, D. (2009). Relationship between TMM performance and PAI validity scales in a mixed clinical sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(3), 523-533. doi:10.1080/13854040802389169
- Widiger, T. A. (1992). Categorical versus dimensional classification: Implications from and for research. *Journal of Personality Disorders*, 6, 4, 287-300.
- Widows, M.R. y Smith, G.P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Wiggins, J. S. (1959). Interrelations among the MMPI measures of Dissimulation under standard and social desirability instructions. *Journal of Consulting Psychology*, 23, 419-427.
- Wilde, J.F. (1942). Narco-analysis in the treatment of war neurosis, *British Medical Journal. Part 2*, 4-7.
- Winberg, M. y Vilalta R.J. (2009). Evaluación de los trastornos de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) en una muestra forense. *Psicothema*, 21(4). 610-614.
- Wisdom, N. M., Callahan, J. L. y Shaw, T. G. (2010). Diagnostic utility of the structured inventory of malingered symptomatology to detect

- malingering in a forensic sample. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 25(2), 118–125. doi:10.1093/arclin/acp110
- Wise, E.A. (2002). Relationships of personality disorders with MMPI-2 malingering, defensiveness, and inconsistent response scales among forensic examinees. *Psychological Reports*, 90, 760–766.
- Witztum, E., Grinshpoon, A., Margolin, J., & Kron, S. (1996). The erroneous diagnosis of malingering in a military setting. *Military Medicine*, 161(4), 225–229.
- Wyer, P.C. y Silva, S.A. (2009). Where is the wisdom? I – A conceptual history of evidence-based medicine. *Journal of evaluation in clinical practice*, 15, 891–989.
- Wygant, D. B., Ben-Porath, Y. S. y Arbisi, P. A. (2004). Development and initial validation of a scale to detect infrequent somatic complaints. Presented at the 39th Annual Symposium on Recent Developments of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Wygant, D. B., Ben-Porath, Y. S., Arbisi, P. A., Berry, D. T. R., Freeman, D. B. y Heilbronner, R. L. (2009). Examination of the MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) Validity Scales in Civil Forensic Settings: Findings from Simulation and Known Group Samples. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24(7), 671– 680. doi:10.1093/arclin/acp073.
- Wygant, D. B., Anderson, J. L., Sellbom, M., Rapier, J. L., Allgeier, L. M. y Granacher, R. P. (2011). Association of the MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) Validity Scales with Structured Malingering Criteria. *Psychological Injury and Law*, 4(1), 13–23. doi:10.1007/s12207-011-9098-z
- Wygant, D. B., Sellbom, M., Gervais, R. O., Ben-Porath, Y., Stafford, K. P., Freeman, D. B., & Heilbronner, R. L. (2010). Further validation of the MMPI-2 and MMPI-2-RF response bias scale: Findings from disability and criminal forensic settings. *Psychological Assessment*, 22(4), 745–756. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0020042

- Yarnold, P. R. & Soltysik, R.C. (2005). *Optimal Data Analysis: A guidebook with software for Windows*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705–1713.
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Young, G. (2014). New models of malingering and related biases, presentations, and performances. En G. Young (Ed.). *Malingering, feigning, and response bias in psychiatric/ psychological injury: Implications for practice and court*. Dordrecht: Springer, Doi: 10.1007/978-94-007-7899-3.
- Young, J. C., Kearns, L. A., & Roper, B. L. (2011). Validation of the MMPI-2 response bias scale and Henry–Heilbronner index in a U.S. veteran population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(3), 194-204. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/arclin/acr015>
- Youngjohn, J. R., Wershba, R., Stevenson, M., Sturgeon, J. y Thomas, M. L. (2011). Independent Validation of the MMPI-2-RF Somatic/Cognitive and Validity Scales in TBI Litigants Tested for Effort. *The Clinical Neuropsychologist*, 1–14. doi:10.1080/13854046.2011.554444
- Zimmermann, P., Kowalski, J. T., Alliger-Horn, C., Danker-Hopfe, H., Engers, A., Meermann, R., & Hellweg, R. (2013). Detection of malingering in the assessment of occupational disability in the military. *German Journal of Psychiatry*, 16(2), 54-60. Retrieved from <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/1440033632?accountid=14514>



## **NORMATIVA CITADA**



Ley Orgánica 13/1985, de 9 de diciembre, del Código Penal Militar.

Ley 17/1999, de 18 de mayo, de Régimen del Personal de las Fuerzas Armadas.

Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Ley Orgánica 5/2005, de 17 de noviembre, de la Defensa Nacional.

Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la Carrera Militar.

Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre.

ORDEN PRE/2373/2003, de 4 de agosto, por la que se reestructuran los órganos médico periciales de la Sanidad Militar y se aprueban los modelos de informe médico y cuestionario de salud para los expedientes de aptitud psicofísica.

Orden Ministerial 141/2001, de 21 de junio. BOD nº 127 , de 29 de junio de 2001.

Orden Ministerial 76/2006, de 19 de mayo, por la que se aprueba la política de seguridad de la información del Ministerio de Defensa.

Orden Ministerial 8/2015, de 21 de enero, por la que se desarrolla la organización básica de las Fuerzas Armadas.

PLANESTADEF (2003). *Estadística de Jurisdicción Militar 2000*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.



PLANESTADEF (2003). *Estadística de Jurisdicción Militar 2001*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2003). *Estadística de Jurisdicción Militar 2002*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2004). *Estadística de Jurisdicción Militar 2003*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2006). *Estadística de Jurisdicción Militar 2004*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2006). *Estadística de Jurisdicción Militar 2005*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2007). *Estadística de Jurisdicción Militar 2006*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2008). *Estadística de Jurisdicción Militar 2007*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2009). *Estadística de Jurisdicción Militar 2008*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2010). *Estadística de Jurisdicción Militar 2009*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2011). *Estadística de Jurisdicción Militar 2010*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2012). *Estadística de Jurisdicción Militar 2011*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

PLANESTADEF (2013). *Estadística de Jurisdicción Militar 2012*. Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.

Real Decreto 247/2001, 9 de marzo, por el que se adelanta la suspensión de la prestación del servicio militar.

Real Decreto 944/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la determinación de la aptitud psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas.

Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

Real Decreto 96/2009, de 6 de febrero, por el que se aprueban las Reales Ordenanzas para las Fuerzas Armadas.

Real Decreto 872/2014, de 10 de octubre, por el que se establece la organización básica de las Fuerzas Armadas.

Real Ordenanza de Reemplazo Anual del Ejército Obligatorio, el 13 de noviembre de 1770.

Resolución 452/06642/13, Convocatoria de los Procesos de Selección, para el Ingreso en los Centros Docentes Militares de Formación, por la forma de Ingreso por Promoción para Cambio de Escala, con y sin exigencia de titulación de técnico superior para el acceso a las Escalas de Suboficiales de los Cuerpos Generales y de Infantería de Marina y se aprueban las bases que la regulan.

Resolución 452/38037/2013, de 13 de mayo, de la Subsecretaría, por la que se convocan los procesos de selección para el ingreso en los centros docentes militares de formación, por la forma de ingreso directo, con y sin exigencia de titulación universitaria previa, para la incorporación como militar de carrera a las Escalas de Oficiales de los Cuerpos

Generales y de Infantería de Marina y en la Escala Superior de Oficiales del Cuerpo de la Guardia Civil.

Resolución 452/38050/2013, de 11 de junio, de la Subsecretaría, por la que se aprueba el proceso de selección para el ingreso en los centros de formación para incorporarse a las escalas de tropa y marinería.

Instrucción Técnica 2 de 30 de Mayo de 2011 de la Inspección General de Sanidad de la Defensa, sobre la evaluación psicológica y reconocimiento psiquiátrico periciales.

**ANEXOS**



## **ANEXO 1**

### **Hoja de información al paciente y consentimiento informado**

**Proyecto de investigación:** Bajas médicas de tipo psíquico.

**Investigadora:** xxx xxx xxx.

**Se solicita su participación en el siguiente proyecto de investigación cuyo objetivo principal es mejorar la comprensión, evaluación y atención que se da a los militares de tropa y marinería que se encuentren en situación de baja médica por psiquiatría. La mayoría de las personas en situación de examen tienden a distorsionar sus respuestas para dar una mejor o peor imagen de si mismos en función de sus objetivos. El estudio trata de comparar las respuestas en tres pruebas psicológicas entre un grupo de militares a los que se les pide que respondan fingiendo que están mal psicológicamente, con otro que responden de manera honesta.**

Este estudio lo realiza la Capitán Psicóloga del Cuerpo Militar de Sanidad Dña. xxx xxx xxx con la autorización de la Inspección General de Sanidad de la Defensa.

Participan sólo aquellas personas que decidan tomar parte. Se ruega lea el presente documento. Haga las preguntas que considere oportunas. Tómese su tiempo para tomar una decisión.

### **Diseño del Estudio: ¿cómo se va a implicar usted?**

Sólo se implicará en una consulta. Antes de realizar la prueba psicológica se le pide que responda a unas preguntas de carácter socio demográfico, pero en ningún caso se le identificará ni se le pedirá el nombre. Estos datos se piden para ampliar la información recabada y mejorar, así, la investigación.

Después se le pide que rellene tres pruebas psicológicas que cuentan con varias escalas clínicas y una escala de infrecuencia de síntomas.

Sus puntuaciones formarán parte del grupo de sujetos honestos/ simuladores (según el caso). Estas puntuaciones serán comparadas con las de otro grupo de sujetos que han realizado la misma prueba pero en otra condición. El objetivo es observar si existen diferencias entre ambos grupos.

### **¿Cuáles son los riesgos o beneficios del estudio?**

Dado que el malestar psicológico genera sufrimiento para las personas, es importante ahondar en el conocimiento que se tiene sobre él en contextos laborales. Por otra parte, hay personas que pueden fingir un problema de salud que no tienen para obtener ganancias ilegítimas, perjudicando a los que están pasando por problemas de salud reales. Por ello, con este estudio podremos mejorar las evaluaciones psicológicas y los procedimientos.

NO supone ningún riesgo para su salud, ni para su integridad someterse a estas pruebas psicológicas.

### **Confidencialidad:**

Se mantendrá la confidencialidad de todos los datos recogidos concernientes al estudio de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad, La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

Entre las organizaciones que podrán inspeccionar los datos registrados que le conciernen a fin de verificar la exactitud de dichos registros:

- El Hospital Central de la Defensa
- El Comité de Ética (grupo de personas que revisan la investigación para proteger sus derechos)

Todos estos grupos aceptan proteger la confidencialidad de los datos obtenidos de usted.

**¿Cuáles son sus derechos como participante en este estudio?**

La participación en este estudio es voluntaria. Puede decidir no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. La decisión de no participar o de abandonar el estudio no ocasionará ninguna penalización.

**¿A quién llamo si tengo preguntas?**

Para formular dudas póngase en contacto con el psicólogo que le esté evaluando. Para formular preguntas sobre la investigación puede llamar a XX XX (investigadora principal) al teléfono XX.



## ANEXO 2

### Hoja de firma del consentimiento informado

YO, \_\_\_\_\_

(Nombre y DNI)

- Me han explicado en qué consiste el estudio, cuales son los riesgos/beneficios del estudio, las normas de confidencialidad del estudio y mis derechos como participante de este estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He recibido una copia de este documento.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto me repercuta negativamente

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FECHA Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL QUE RECIBE  
EL CONSENTIMIENTO

-----

-----

**ANEXO 3****DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN:** (se da un número para cada caso, comenzando la condición experimental A por 1, la B por 2, la C por 3 y la D por 4).

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**SEXO:**      **HOMBRE** ☐      **MUJER** ☐

**FECHA DE INGRESO EN LAS FAS:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:**

**CASADO** ☐

**SOLTERO** ☐

**SEPARADO/DIVORCIADO** ☐

**PAIS DE ORIGEN:** \_\_\_\_\_

**NIVEL DE ESTUDIOS:**

**2ºESO, 8ºEGB** ☐

**3ºESO, 1ºBUP** ☐

**4ºESO, 2ºBUP** ☐

**1º BACHILLERATO, 3ºBUP** ☐

**2º BACHILLERATO, COU** ☐

**SELECTIVIDAD** ☐

**DIPLOMADO** ☐

**LICENCIADO** ☐

**OTROS** ☐ **ESPECIFICA:** \_\_\_\_\_

## **ANEXO 4**

### **INSTRUCCIONES VERBALES PARA RESPONDER A LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

#### **INSTRUCCIONES AL GRUPO CONTROL**

“A continuación vais a responder a tres pruebas de evaluación psicológica. Debéis ser honestos respondiendo y tratar de marcar siempre la opción con la que mejor te sientas identificado”.

#### **INSTRUCCIONES AL GRUPO DE SIMULADORES ANÁLOGOS GENERAL**

“A continuación vais a responder a tres pruebas de evaluación psicológica. Debes responder intentando aparentar que te encuentras mal psicológicamente, tratando de marcar siempre la opción que creas que respondería una persona que tiene algún tipo de problema psicológico como para necesitar una baja médica laboral. Podéis ayudaros recordando personas que hayan pasado por algún tipo de problema psicológico o, simplemente, intentando adivinar lo que respondería una persona que lo está pasando mal”.

#### **INSTRUCCIONES AL GRUPO DE SIMULADORES DE DEPRESIÓN**

“A continuación vais a responder a tres pruebas de evaluación psicológica. Debes responder intentando aparentar que te encuentras mal psicológicamente por una depresión, tratando de marcar siempre la opción que creas que respondería una persona que tiene algún problema psicológico de tipo depresivo como para necesitar una baja médica laboral. Podéis ayudaros recordando personas que hayan pasado por una depresión, si es que conocéis alguien que haya pasado por ello o, simplemente, intentando adivinar lo que respondería una persona deprimida”.

“Estas pruebas son capaces de detectar cuando la gente finge. Por ello, al que consiga responder a las pruebas sin ser detectado, se le premiará con 50€”.

### **INSTRUCCIONES AL GRUPO DE SIMULADORES DE ANSIEDAD/ESTRÉS**

“A continuación vais a responder a tres pruebas de evaluación psicológica. Debes responder intentando aparentar que te encuentras mal psicológicamente por un problema de ansiedad o estrés, tratando de marcar siempre la opción que creas que respondería una persona que tiene algún problema psicológico de tipo ansioso o provocado por estrés como para necesitar una baja médica laboral. Podéis ayudaros recordando personas que hayan pasado por un problema de ansiedad o de estrés, si es que conocéis alguien que haya pasado por ello o, simplemente, intentando adivinar lo que respondería una persona que tiene un problema de ansiedad o estrés”.

“Estas pruebas son capaces de detectar cuando la gente finge. Por ello, al que consiga responder a las pruebas sin ser detectado, se le premiará con 50€”.